

MARTA GUMNA

Definiowanie chorób w ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania w praktyce ubezpieczycieli krajowych

Artykuł porusza problematykę definiowania chorób w ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania. Definicja danego schorzenia w OWU ma wpływ na to, czy zdiagnozowana u ubezpieczonego choroba będzie stanowiła podstawę roszczenia do zakładu ubezpieczeń o spełnienie świadczenia. Dlatego tak ważne jest, by przyjęta przez zakład ubezpieczeń terminologia była dla potencjalnego ubezpieczającego jednoznaczna, zrozumiała i przede wszystkim zgodna z aktualną wiedzą medyczną. Autorka dokonała dwutorowej analizy porównawczej definicji schorzeń zawartych w OWU na wypadek poważnego zachorowania, celem, po pierwsze, określenia porównywalności terminologii zastosowanej przez poszczególne zakłady ubezpieczeń, a po drugie – skonfrontowania praktyk definicyjnych ubezpieczycieli z obecną wiedzą medyczną.

Artykuł powstał na podstawie pracy licencjackiej autorki, nagrodzonej w ramach XIII edycji konkursu na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką i podyplomową z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych i społecznych. Organizatorem konkursu jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Słowa kluczowe: definicje, poważne zachorowanie, ubezpieczenie chorób.

Wprowadzenie

Ubezpieczenie poważnych zachorowań, będące rodzajem ubezpieczenia zdrowotnego, w większej mierze jest oferowane przez ubezpieczycieli prowadzących działalność ubezpieczeniową w Dziale I (ubezpieczenia na życie), rzadziej w Dziale II (pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe). Ubezpieczenie ciężkich chorób gwarantuje wypłatę świadczenia w przypadku postawienia w okresie ubezpieczenia diagnozy o zachorowaniu na jedną z określonych wcześniej chorób ciężkich. W takiej sytuacji wypadek ubezpieczeniowego nie stanowi każde zdarzenie nazywane „chorobą”, lecz konkretne schorzenie bądź jego następstwo w postaci zabiegu medycznego. Zakłady ubezpieczeń stosują zatem zasadę zamkniętego katalogu schorzeń, tudzież metod leczenia, a szczegółowy za-

kres zachorowań objętych ubezpieczeniem udostępniają w ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej: OWU). W katalogu chorób można znaleźć takie rodzaje schorzeń, jak: zawał serca, nowotwór, udar mózgu czy operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass).

Podczas porównywania ofert ubezpieczycieli można wyodrębnić choroby, które stanowią klasyczny zakres ubezpieczenia. W obecnym czasie tylko kilku ubezpieczycieli zachowuje sześć-cioelementowy podstawowy katalog poważnych zachorowań, obejmujący oprócz wymienionych schorzeń również niewydolność nerek oraz przeszczep głównych narządów. Zakłady ubezpieczeń, formułując definicje wypadków ubezpieczeniowych na wypadek poważnego zachorowania, posiłkują się terminologią medyczną. Zestawienie świadczeń przysługujących ubezpieczonemu stanowi szczegółowy zakres ochrony ubezpieczeniowej, a także przejaw limitowania świadczenia, ponieważ jego wypłata zależy od bezstronnie postawionej diagnozy lekarskiej¹. Zgodnie z zasadą swobody umów, każdy zakład ubezpieczeń może w inny sposób zdefiniować „wypadek ubezpieczeniowy”. W rzeczywistości terminologia używana przez ubezpieczycieli jest zbliżona, zdarzają się jednak znaczne różnice w formułowaniu pojęć, co niejednokrotnie potwierdzają wyniki postępowania skargowego prowadzonego w Biurze Rzecznika Ubezpieczonych². Analiza treści definicji pozwala sprecyzować, co należy rozumieć pod ogólnym określeniem wybranej choroby, oraz dostrzec występujące czasem ograniczenia odpowiedzialności tylko do jej konkretnego rodzaju lub stadium³. Stan ubezpieczonego niezgodny z definicją poważnego zachorowania, umieszczoną w OWU, nie stanowi wypadku ubezpieczeniowego. W krańcowych przypadkach, mimo iż objawy będą adekwatne do medycznej kwalifikacji danego schorzenia, to jeśli nie spełnią wszystkich kryteriów poważnego zachorowania przedstawionych przez ubezpieczyciela, ubezpieczony może nie otrzymać świadczenia. Brak będzie bowiem podstaw do uznania wystąpienia danej choroby za wypadek ubezpieczeniowy. Ponadto zgodnie z zapisami OWU za datę zajścia wypadku ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia diagnozy lekarskiej, potwierdzającej zgodność choroby z definicją przyjętą przez zakłady ubezpieczeń lub datę wykonania zabiegu operacyjnego. W związku z tym nie każde poważne zachorowanie będzie traktowane przez ubezpieczyciela jako zdarzenie uruchamiające procedurę wypłaty świadczeń.

Stosowanie przez ubezpieczycieli zróżnicowanych zapisów dotyczących definicji chorób funkcjonuje w ubezpieczeniach na wypadek ciężkiej choroby na podobnej zasadzie jak franszyza integralna w ubezpieczeniach majątkowych. Ubezpieczyciel tworząc odpowiednio definicje poszczególnych zachorowań może ograniczyć zakres zdarzeń objętych ochroną przez wyłączenie tych, którym nie chce przypisywać miana poważnego zachorowania, np. z powodu częstotliwości ich występowania⁴. Co więcej, ze względu na cywilnoprawny charakter umowy, zakłady ubezpieczeń mają prawo swobodnego formułowania treści OWU, co powoduje nie tylko brak spójności między definicjami schorzeń kolejnych zakładów, ale przede wszystkim brak adekwatności do aktualnych ustaleń wiedzy medycznej. Rozważania w dalszej części artykułu służą potwierdzeniu tej tezy.

1. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie: aspekty prawne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 280–281.
2. K. Krawczyk, *Praktyki odszkodowawcze zakładów ubezpieczeń a rozwój kancelarii i doradców odszkodowawczych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2012 nr 50, s. 3–7.
3. M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie ...*, op. cit., s. 282.
4. B. Więckowska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce. Część 1. Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 3/4, s. 4–5.

1. Zawał serca

Od kilku lat niezmiennie za jedną z najczęściej dotykających Polaków chorób uznaje się zawał serca. Z najnowszych danych wynika, iż w 2010 r. zawał był powodem przeszło 17 tys. zgonów⁵. Zawał serca według powszechnie dostępnych źródeł wiedzy najogólniej przedstawiany jest jako: *ognisko martwicy w mięśniu sercowym, powstałe wskutek nagłego zamknięcia światła jednej z tętnic wieńcowych; najczęściej następstwo choroby wieńcowej*.⁶

W literaturze medycznej można znaleźć, iż zawał mięśnia sercowego to:

*spowodowane przez niewydolność wieńcową (...), tzn. wskutek szybko narastającego i osiąga-
jącego skutek krytyczny, zwężenia odgałęzienia tętnicy wieńcowej, upośledzenie zaopatrywania
w krew mięśnia sercowego z następstwem w postaci mniej lub bardziej rozległego rozpadu tkan-
kowego ściany serca (...); często z nietypowymi dolegliwościami zwiastunowymi (np. uczuciem
osłabienia, pobolewaniem w okolicy serca), po których następuje zazwyczaj ciężki napad dławicy
piersiowej, z dusznością, lękiem przed śmiercią, nudnościami, potami, często też z zaburzeniami
krążenia, kardiogennym wstrząsem, później z przyspieszeniem opadania erytrocytów, leukocytozą,
hiperglikemią, wzrostem aktywności enzymów osoczkowych (...), mioglobinemią, mioglobinurią
oraz z charakterystycznymi zmianami EKG.*⁷

Ubezpieczyciele zwykli natomiast definiować wspomniane schorzenie bardziej szczegółowo, często zważając jednocześnie na niezbędne elementy diagnozy lekarskiej, których stwierdzenie jest warunkiem prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Ze względu na cywilno-prawny charakter umowy, zakłady ubezpieczeń mają prawo swobodnego formułowania treści tego stosunku, w tym definicji umownych, co w efekcie pozwala im na lepsze oszacowanie ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenie wysokości składki. Stanowi to przyczynę różnic definicyjnych między zapisami w OWU a tymi w leksykonach medycznych. Fakt ten jest jednak akceptowalny, dopóki nie stanowi przejawu pogwałcenia zasad współżycia społecznego lub praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów. Zawał serca zazwyczaj⁸ zostaje uznany za poważne zachowanie w rozumieniu OWU, gdy jest to:

pierwszy epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, potwierdzony rozpoznaniem opartym na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi, za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (angina pectoris⁹).

5. GUS, *Rocznik Demograficzny 2012*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012, s. 346.

6. A. Karwowski [red.], *Leksykon PWN*, wyd. 1, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972, s. 1325.

7. N. Boss, R. Jäckle [opr.], *Hexal: podręczny leksykon medycyny*, Urban & Partner, Wrocław 1996, s. 795–796.

8. Aviva Życie 2012; ING Życie 2010 – szczegółowa nazwa wszystkich wymienianych zakładów ubezpieczeń zostanie przytoczona w bibliografii końcowej.

9. Angina pectoris to „dławica piersiowa, dusznica bolesna; jest to objaw chorobowy, powodujący uczucie nagłego zwężenia klatki piersiowej, która staje się zbyt «ciasna». Dolegliwości te występują zawsze wtedy, gdy serce jest niedotlenione”, [w:] K. Griephan, *Leksykon zdrowia*, Klub dla Ciebie, Warszawa 2002, s. 16.

Zdarzają się jednak zapisy odbiegające od uniwersalizmu pojęciowego, co więcej – umieszczone w OWU przewodzącego zakładu na rynku ubezpieczeń życiowych:

zawał serca – który oznacza martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie:

- a) wystąpieniem znamionnego wzrostu poziomu troponiny,
- b) pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem),
- c) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych.¹⁰

Wątpliwości wzbudza konieczność jednoczesnego występowania wszystkich wspomnianych oznak choroby, niezbędność wzrostu poziomu troponiny, choć jest to tylko jeden z markerów martwicy mięśnia sercowego¹¹, a przede wszystkim przymus wystąpienia patologicznie załamka Q w zapisie EKG. Badanie elektrokardiograficzne umożliwia zdiagnozowanie i określenie umiejscowienia zawału serca, a także przebiegu i stopnia zmian patologicznych. W zależności od ich poziomu rozróżnia się kolejno trzy etapy ogniska zawałowego w ścianie mięśnia sercowego¹²:

- pojawienie się załamków T,
- uniesienie się odcinków ST – fala Pardeego,
- pojawienie się patologicznych załamków Q.

W medycynie wyróżnić można jednak dwa podtypy zawałów¹³:

- pełnościenny (z patologicznym załamkiem Q) i
- niepełnościenny (bez załamka Q).

Zawały bez załamka Q stanowią około 30–40 proc. wszystkich zawałów mięśnia sercowego. Mimo że ich przebieg z reguły jest łżejszy, to przykładowo po trzech latach śmiertelność w obu typach zawałów jest porównywalna¹⁴.

Na podstawie decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) z dnia 10 grudnia 2010 r., posługiwanie się przytoczoną wcześniej definicją zawału serca przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie SA określono jako praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Wątpliwości UOKiK dotyczące uzależnienia uznania jednostki chorobowej za zawał mięśnia sercowego od pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem) zgodnie potwierdziły stanowiska instytucji posiadających specjalistyczną wiedzę z dziedziny kardiologii, m.in. słowami: *ograniczenie rozpoznania zawału mięśnia sercowego wyłącznie do sytuacji „pojawienia się patologicznego załamka Q” w zapisie EKG nie znajduje medycznego uzasadnienia i może budzić kontrowersje [...]. Pojęcie zawału mięśnia sercowego jest pojęciem zdecydowanie szerszym, opieranie się na tzw. starej definicji mówiącej o obecności lub nieobecności patologicznego załamka Q jest znacznym uproszczeniem i pozostanie w konflikcie*

10. PZU Życie 2009.

11. B. Bednarz, A. Budaj, *Zawał serca z uniesieniem odcinka ST*, [w:] A. Szczeklik [red.], *Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna*, tom 1, Kraków 2005, s. 160; G. Herold, *Medycyna wewnętrzna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 278–280.

12. Ibidem.

13. B. Zalewska, *Zawał serca*, 2011, <http://www.resmedica.pl/serce-i-uklad-krazenia/zawal-serca> [dostęp: 25.09.2014].

14. Ibidem.

ze współczesną wiedzą medyczną.¹⁵ Tak szczegółowy zapis w słowniku pojęć zamieszczonym w OWU dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby skutkowało nieotrzymaniem przez rzeszę ubezpieczonych należnego świadczenia z tytułu przebycia zawału serca. Stało się to przesłanką do nałożenia przez Prezesa UOKiK na PZU Życie SA kary pieniężnej w wysokości blisko 4 mln złotych oraz zobowiązania do zmodyfikowania treści definicji zawału serca. Wydaje się, że PZU Życie mógł uniknąć wprowadzania klientów w błąd poprzez uszczegółowienie nazwy choroby, na wypadek której ubezpieczony otrzyma świadczenie. W słowniku pojęć zamieszczonym w OWU zamiast określenia „zawał serca” wystarczyło użyć terminu „zawał pełnościenny” lub „zawał serca z patologicznym załamkiem Q”. Taka praktyka jest stosowana przez towarzystwo ubezpieczeń na życie Nordea Polska SA w OWU z opcjami dodatkowymi, gdzie ochroną objęty jest jedynie „zawał serca z uniesieniem odcinka ST”¹⁶. Zgodnie z zaleceniami UOKiK PZU Życie definiuje obecnie zawał serca jako:

tylko taki zawał serca, który powoduje wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- *objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),*
- *zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,*
- *nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych.*¹⁷

Zapis z 2009 r. nakazujący łączne występowanie wyszczególnionych symptomów chorobowych zastąpiono wymogiem obecności co najmniej dwóch wykładników zawału. Taka formuła na pierwszy rzut oka nie stanowi praktyki naruszającej interesy konsumentów, jednak jeśli porówna się ją ze stanowiskiem Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology*), Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologii (*American College of Cardiology*) czy Amerykańskiego Stowarzyszenia Serca (*American Heart Association*), okazuje się, iż wystarczające jest pojawienie się jednego z wykładników. Wymienione organizacje zaproponowały bowiem poniższą definicję zawału, nazwaną uniwersalną:

W przypadku świeżego zawału mięśnia serca: stwierdzenie podwyższenia stężenia (...) markerów martwicy mięśnia sercowego, zwłaszcza troponiny (...) oraz obecność przynajmniej jednego z objawów:

- *typowe objawy niedokrwienia*
- *świeże zmiany w EKG sugerujące świeży zawał (zmiany w obrębie odcinka ST, świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa – LBBB)*
- *obecność nowych, patologicznych załamków Q w EKG*
- *stwierdzone w badaniach obrazowych (np. ECHO) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca lub inne wykładniki świeżej martwicy miokardium.*¹⁸

15. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Decyzja RWR28/2010, Wrocław 2010.

16. TU na Życie Nordea Polska 2011.

17. PZU Życie 2012.

18. Wikipedia, *Zawał mięśnia sercowego* [dostęp: 25.09.2014].

2. Nowotwór złośliwy

Nowotwory są drugą – po chorobach układu krążenia – przyczyną zgonów Polaków. Od przeszło dziesięciu lat co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w 2010 r. stwierdzono ich już przeszło 138 tys. – prawie 2,5 tys. więcej niż w 2009 r.¹⁹ Mimo iż liczna grupa ubezpieczycieli gwarantuje ochronę ubezpieczeniową w przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego nowotworu złośliwego, definicje choroby nowotworowej umieszczone w OWU znacznie odbiegają od znajdujących się od wielu lat w leksykonach²⁰, w których nowotwór określany jest jako:

tkanka rozrastająca się w organizmie autonomicznie i wbrew ogólnoustrojowej harmonii, mimo że wywodzi się z tkanki prawidłowej; nowotwory niezłośliwe (np. włókniaki, tłuszczaki) rosną powoli, nie niszczą okolicznych tkanek i nie dają przerzutów; złośliwe (np. raki, mięsaki) rosną szybko, przenikają tkanki otoczenia i niszczą je, produktami przemiany materii zatrują organizm, dają przerzuty.

Natomiast zgodnie z definicjami ubezpieczycieli nowotwór złośliwy to:

nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za nowotwory złośliwe nie uznaje się:

- a. Raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,*
- b. Wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,*
- c. Czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) [= < 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia] według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,*
- d. Nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnkomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,*
- e. Wszelkich nowotworów współistniejących z HIV.²¹*

W ten sposób zakres ochrony zostaje ograniczony przede wszystkim do ostrego stanu choroby, wykluczając łagodny przebieg nowotworu (*in situ*) czy jego nieubezpieczalny charakter (np. powiązanie z wirusem HIV). Niemniej wątpliwość może budzić wykluczanie z ubezpieczeń osób dotkniętych rakiem podstawnkomórkowym czy kolczystokomórkowym, najpopularniejszymi rodzajami nowotworów skóry, które stanowią odpowiednio około 80 proc. i 20 proc. raków skóry²², przy czym czerniak złośliwy stanowi jedynie 2 proc. wszystkich nowotworów skóry.

19. GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2013, www.stat.gov.pl.

20. C. Sojecki, *Leksykon PWN*, Warszawa 1972, s. 798.

21. Aviva TU na Życie 2012.

22. M. Berkan, *Nowotwory nabłonkowe skóry*, [w:] R. Kordek (red.), *Onkologia*, wyd. III, Via Medica, Gdańsk 2007, s. 274–278; D. Nejc, *Czerniak*, [w:] R. Kordek, *Onkologia*, op. cit., s. 279.

Terminologia zastosowana w warunkach umów ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania w przypadku nowotworu złośliwego jest niekiedy odmienna pod względem liczby opisanych wyłączeń, co potwierdza definicja stosowana przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA²³. W myśl tej definicji:

Nowotwór (guz) złośliwy: charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- *rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN – Cervical Intrapithelial Neoplasia), CIN-2m CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;*
- *czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A=< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;*
- *nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry;*
- *wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;*
- *przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai24 niższym niż 3;*
- *wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji).*

W przytoczonych warunkach umowy wykluczone zostało wczesne i pośrednie stadium jednego z typów białaczki, a mianowicie przewlekłej białaczki limfatycznej. Podobne podejście można zaobserwować w działaniach m.in. Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Compensa Vienna Insurance Group SA²⁵ i Amplico Life SA²⁶. Zdarzają się zapisy w OWU²⁷, zgodnie z którymi ubezpieczyciel jest zwolniony z wypłaty świadczenia w przypadku zdiagnozowania u ubezpieczonego przewlekłej białaczki limfatycznej bez względu na jej stadium. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną²⁸ wyróżnia się cztery rodzaje białaczki: ostra białaczka limfatyczna (ALL), ostra białaczka szpikowa (AML), przewlekła białaczka szpikowa (CML) oraz przewlekła białaczka limfatyczna (CLL). Biorąc pod uwagę, iż dodatkowa umowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania zazwyczaj trwa do rocznicy umowy, w której ubezpieczony ukończy 55 lat, a białaczka typu CLL występuje

23. ING TU na Życie 2010.

24. Istnieją dwa systemy oceny zaawansowania zmian chorobowych u osób z przewlekłą białaczką limfatyczną – system Rai i system Binet. Obie klasyfikacje wyróżniają wczesny (Rai 0, Binet A), pośredni (Rai 1 – 2, Binet B) i zaawansowany (Rai 3 – 4, Binet C) okres choroby, por. M. Matuszak, *Klasyfikacja zaawansowania klinicznego choroby*, [w:] M. Matuszak, *Znaczenie rokownicze wybranych parametrów klinicznych i laboratoryjnych u chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową B-komórkową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2011, s. 15.

25. TU na Życie Compensa VIG 2012.

26. Amplico Life 2011.

27. Pramerica Życie TUiR 2012.

28. G. Herold, *Medycyna wewnętrzna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 85–86.

głównie u osób starszych, po 60. roku życia²⁹, zbyteczne wydaje się wyłączenie jej spośród schorzeń objętych ochroną ubezpieczeniową.

3. Udar mózgu

Udar mózgu jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów oraz najczęstszym powodem niesprawności u osób powyżej 45. roku życia. Szacunkowo na całym świecie żyje blisko 50 mln osób, które przebyły udar, a 5 mln osób umiera z jego powodu, co stanowi 10 proc. ogółu zgonów³⁰.

Według biegłych z dziedziny neurologii³¹: *udar mózgu jest nagłym stanem zagrażającym życiu, który objawia się ogniskowymi lub uogólnionymi zaburzeniami czynności mózgu, utrzymującymi się dłużej niż 24 godziny i wymagającymi bezwzględnej hospitalizacji (definicja WHO). Objawy ogniskowe to zaburzenia funkcji neurologicznych związanych lokacyjnie z określonymi obszarami mózgu (...). W przypadku uogólnionych zaburzeń czynności mózgu obserwuje się zaburzenia przytomności. Istotą udaru mózgu jest ostra niewydolność krążenia mózgowego o różnej etiologii, powodująca zmniejszoną perfuzję mózgowia w przebiegu niedokrwienia lub krwotoku. Niewiele zakładów ubezpieczeń – w tym PZU Życie SA – umieszcza w OWU definicję udaru mózgu spójną z aktualną terminologią medyczną. Tytułem przykładu, PZU Życie wskazuje, że:*

*udar – który oznacza nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu prowadzące do trwałych ubytków neurologicznych, wywołane wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi; konieczne jest przedstawienie dowodów na utrwalone ubytki neurologiczne.*³²

Większość ubezpieczycieli wylicza szereg zdarzeń nieobjętych ochroną, poprzez określenie udaru jako:

martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współlistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- *wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,*
- *obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,*
- *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:
 - *epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),*
 - *zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,*
 - *wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych;*

29. Ibidem.

30. D. Ryglewicz, D. Milewska, *Epidemiologia udaru mózgu*, [w:] R. Mazur, B. Książkiewicz, W.M. Nyka (red.), *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*, wyd. II, Via Medica, Gdańsk 2010, s. 5.

31. R. Mazur, M. Świerkocka, P. Rajewski, *Udar mózgu – pierwsze objawy*, [w:] R. Mazur, B. Książkiewicz, W.M. Nyka (red.), *Udar mózgu ...*, op. cit., s. 30.

32. PZU Życie 2012.

- *jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.*³³

Udary mózgu dzieli się na krwotoczne oraz niedokrwienne, nazywane właśnie zawałami mózgu. Udary niedokrwienne stanowią około 85 proc. wszystkich przypadków udarów. Są one wywoływane zamknięciem bądź zwężeniem światła naczyń wewnątrzmożgowych lub naczyń doprowadzających krew do mózgu. Możliwe jest też wystąpienie udaru wskutek zaburzeń hemodynamicznych powodujących spowolnienie przepływu mózgowego. Wyróżnia się udary pochodzenia zakrzepowego lub zatorowego.

Udar krwotoczny diagnozowany u 15 na 100 pacjentów jest takim rodzajem udaru, który powstaje wskutek rozerwania naczynia mózgowego, co powoduje wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia. W tej podgrupie wyodrębnia się krwotok śródmózgowy czy podpajęczynówkowy³⁴. Według WHO wspomniany krwotok podpajęczynówkowy, obok przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), został wykluczony ze schorzeń zawierających się w pojęciu „udar mózgu”³⁵. Warto jednak zauważyć, że przez niektórych ubezpieczycieli jest on objęty ochroną³⁶, zgodnie z fragmentem umieszczonej w OWU definicji udaru, w myśl której jest to:

*Nagły incydent mózgowo-naczyniowy obejmujący zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczę lub krwawienie do mózgu, zatory lub zakrzepy mózgowe.*³⁷

Niejednorodne definicje udaru stosowane przez poszczególne zakłady ubezpieczeń stwarzają osobie chcącej zawrzeć umowę ubezpieczenia na wypadek przebycia omawianej choroby trudności w określeniu i porównaniu zakresu ochrony.

W OWU dodatkowej umowy ubezpieczenia od ciężkich chorób funkcjonują też zapisy, w których nadużywane jest określenie konkretnych działań czy skutków jako obiektywnych, np.:

*Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie)*³⁸,

lub tak, jak jest to widoczne w przytoczonej wcześniej definicji udaru mózgu według AXA Życie, według której: dla otrzymania świadczenia nie jest wystarczające wykrycie obecności ubytków neurologicznych, w dodatku potwierdzonych specjalistycznym badaniem, lecz stwierdzenie, że owe ubytki są obiektywne. Obiektywizm polega zaś na przedstawieniu i ocenie okoliczności zgodnie ze stanem faktycznym, niezależnie od własnej opinii, uczuć czy interesów³⁹. O ile stwierdzenie „badanie lekarskie” pod kątem językowym może być określone jako obiektywne, o tyle niepoprawne jest zastosowanie tego przymiotnika w zestawieniu z ubytkiem neurologicznym. Ubezpieczony nie ma bowiem wpływu na to, czy badanie przeprowadzone przez lekarza prowadzącego będzie w opinii zakładu ubezpieczeń obiektywne, a tym bardziej trudno stwierdzić, które ubytki neurologiczne zasługują na miano obiektywnych.

33. AXA Życie TU 2012.

34. A. Prusiński, *Neurologia praktyczna*, wyd. III, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, s. 208–228; R. Mazur, M. Świerkocka, P. Rajewski, *Udar mózgu...*, op. cit., s. 32–39.

35. R. Mazur, M. Świerkocka, P. Rajewski, *Udar mózgu...*, op. cit., s. 34.

36. Amplico Life 2011; Compensa TU na Życie 2012; Ergo Hestia Życie 2012.

37. Amplico Life 2011.

38. Warta TU na Życie 2011.

39. B. Dunaj, *Słownik współczesnego języka polskiego*, WILGA, Warszawa 1996, s. 633.

W przytoczonym fragmencie OWU dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia ciężkiej choroby pojawia się informacja o sposobie udowodnienia przebycia udaru mózgu. Wystarczy przedstawić wynik specjalistycznego badania neurologicznego – zapisu tomografii komputerowej czy jądrowego rezonansu magnetycznego. Adnotacja umieszczona w nawiasie istotnie wyklucza konieczność przeprowadzenia takiego badania. To również jest kwestia niezależna od woli ubezpieczonego. W definicjach udaru mózgu⁴⁰ trafiają się zapisy podkreślające bezwzględny wymóg przedstawienia wspomnianych dokumentów celem otrzymania świadczenia:

*Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takimi jak: CT (tomografia komputerowa), MRI (magnetyczny rezonans jądrowy) lub PET (pozytronowa tomografia emisyjna).*⁴¹

Znamienne jest również odsuwanie w czasie przez ubezpieczyciela momentu uznania udaru za wypadek ubezpieczeniowy. Czyni się to poprzez zapis o minimalnej długości występowania objawów trwałego uszkodzenia układu nerwowego. Rozciągłość wspomnianego okresu oscyluje między sześćdziesięcioma⁴² a dziewięćdziesięcioma dniami⁴³. Zapis ten wydaje się tym bardziej nielogiczny w przypadku takich definicji, w których wzmianka o konieczności występowania objawów udaru ponad trzy miesiące następuje zaraz po powtórzeniu definicji udaru mózgu stosowanej przez WHO, zgodnie z którą udarem mózgu jest każdy objaw spełniający określone kryteria i trwający ponad 24 godziny. Tym samym dolna, medycznie uznana granica czasowa wnioskowania o udarze to właśnie upływ 24 godzin od pojawienia się pierwszych objawów.

4. Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)

Zgodnie z definicją proponowaną przez praktyków medycyny:

*pomostowanie aortalno-wieńcowe (by-pass, CABG – coronary artery bypass grafting) jest zabiegiem polegającym na wytworzeniu połączenia pomiędzy aortą a tętnicą wieńcową w taki sposób, aby ominąć zmieniony miażdżycowo i niedrożny odcinek tętnicy wieńcowej.*⁴⁴

W słowniku pojęć stosowanych przez ubezpieczycieli w dodatkowych umowach ubezpieczenia od ciężkich chorób dostępne są definicje adekwatne do wiedzy medycznej:

*chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – by-pass – które oznacza przeprowadzenie u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych operacji w celu korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej poprzez wytworzenie przepływów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych.*⁴⁵

Zdarzają się jednak definicje, które poprzez zastosowanie szczegółowych wytycznych zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego ograniczają zakres ochrony:

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności

40. ING TU na Życie 2010; Aviva TU na Życie 2012; Compensa TU na Życie 2012; Pramerica Życie TUIR 2012.

41. Pramerica Życie TUIR 2012.

42. Generali Życie 2009; ING Życie 2010; AXA Życie 2012; Pramerica Życie 2012.

43. Warta TU na Życie 2011; Amplico Life 2011; Compensa TU na Życie 2012; Ergo Hestia TU na Życie 2012.

44. M. Bijak, *Pomostowanie aortalno-wieńcowe (by-pass)*, http://www.echirurgia.pl/kardiochirurgia/pomostowanie_aortalno_wiencowe_by_pass.htm [dostęp 8.04.2013].

45. PZU Życie 2012.

*dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym*⁴⁶

Zgodnie z cytowanym zapisem, ubezpieczony otrzyma świadczenie jedynie w sytuacji, gdy zwężone były co najmniej dwie tętnice wieńcowe. Podobnym zapisem posługują się również inne zakłady ubezpieczeń⁴⁷. Szczegół ten jest znaczący dla chorych, których poddano operacji pomostowania z powodu silnie zwężonej jednej tętnicy, mając na względzie zdrowie pacjenta i możliwość znacznego wzrostu rokowań po przeprowadzeniu zabiegu. Oczywiście jest bowiem, iż lekarz będzie się sugerował wynikami badań chorego oraz perspektywą jego wyleczenia, a nie zapisami ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek zajścia poważnego zachorowania.

Z tego samego powodu w ostatnich latach coraz częściej wprowadza się do chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej procedury operacyjne cechujące się mniejszą inwazyjnością, niższym ryzykiem zakażenia czy krótszym czasem hospitalizacji, np.

- operację bez użycia krążenia pozaustrojowego wykonywaną na bijącym sercu,
- mało inwazyjne pomostowanie tętnic wieńcowych, przy którym wykorzystuje się dostęp przez niewielkie cięcie między żebrami,
- całkowicie endoskopowe pomostowanie tętnic wieńcowych, polegające na wykonaniu operacji za pomocą kilku manipulatorów wprowadzonych przez ścianę klatki piersiowej, zdalnie sterowanych przez robota chirurgicznego, który przenosi ruch ręki chirurga.⁴⁸

Z powodu restrykcyjnej ubezpieczeniowej definicji operacji pomostowania aortalno-wieńcowego, którą zaprezentowano powyżej, ubezpieczony, chcąc otrzymać świadczenie, musiałby kontrolować i wymusić na lekarzu przeprowadzenie zabiegu na otwartym sercu. Z pewnością jednak to nie pacjent podejmuje decyzję o sposobie przeprowadzenia operacji. Nieadekwatność komentowanego zapisu OWU względem obecnych procedur medycznych potwierdzają dane statystyczne, np. z województwa mazowieckiego⁴⁹, gdzie już w 2003 r. przeprowadzono 861 operacji pomostowania aortalno-wieńcowego na bijącym sercu (bez jego otwierania) oraz 467 zabiegów z użyciem krążenia pozaustrojowego, a zatem przy otwartej klatce piersiowej, czyli zgodnie z wymogami definicyjnymi większości zakładów ubezpieczeń. Należy również zaznaczyć, iż przeprowadzenie pomostowania aortalno-wieńcowego bez użycia krążenia pozaustrojowego to nie jedynie pomysł ambitnych lekarzy, lecz uznana przez specjalistów technika leczenia, która znacznie zmniejsza liczbę powikłań i jest szczególnie polecana osobom z grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań okołoperacyjnych⁵⁰. Podobnie jest z zabiegiem angioplastyki, który większość zakładów ubezpieczeń kategorycznie wyklucza z zakresu ubezpieczenia ciężkich chorób. Ponownie przytaczając dane z Mazowsza – w 2003 r. przeszło 4 tys. chorych poddano angioplastyce, z czego prawie połowa zabiegów była konsekwencją ostrych zespołów wieńcowych. Można zatem przypusz-

46. WARTA Życie 2011.

47. Compensa Życie 2012; Pramerica Życie 2012; SIGNAL IDUNA Życie 2012.

48. J. Sadowski, K. Wierzbicki, *Pomostowanie aortalno-wieńcowe*, [w:] A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*, op. cit., s. 177–178.

49. X. Kruszewska, *Czy by-pass znaczy omijać*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, 2004, 15 marca.

50. Ł. Chojecki, P. Hendzel, L. Gryszko, P. Szałański, W. Szczawiński, A. Rymsza, G. Kostyra, T. Hendzel, *Pomostowanie aortalno-wieńcowe bez użycia krążenia pozaustrojowego*, Polski Merkuriusz Lekarski, tom XXII, nr 132, Warszawa 2007, s. 560.

czać, że z czasem obydwie metody będą coraz bardziej rozpowszechnionymi technikami leczenia, a wówczas aktualne zapisy w OWU staną się jeszcze bardziej niekorzystne dla ubezpieczonego.

Zastanawiające jest także definiowanie wykonania pomostów naczyniowych (by-pass) poprzez wskazywanie, że zostały one *wykonane w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza*⁵¹. Zapis ten nie tylko jest daremny, ale może również odwracać uwagę ubezpieczonego od informacji istotnych bądź zmuszać do refleksji nad wiarygodnością placówki, w której się leczy.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza dowodzi, iż przyzwolenie na swobodne formułowanie warunków umowy w zakresie definicji terminów stosowanych w innych dziedzinach nauki (w tym wypadku w medycynie) może być niejednokrotnie nadużywane dla świadomego ograniczenia zakresu ubezpieczenia. Taki stan rzeczy stanowi niekiedy przykład stosowania nierynkowych praktyk oraz wprowadzania ubezpieczonego w błąd.

Poczynione obserwacje potwierdzają domniemanie, iż wielu ubezpieczycieli celowo „nie nadażą” za postępem medycyny, stosując nieaktualne i nieadekwatne do wiedzy lekarskiej definicje chorób w ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania. Nastawienie proklientkie często zastępowane jest chęcią ograniczenia zakresu odpowiedzialności ubezpieczeniowej poprzez wyszczególnienie szeregu symptomów danego schorzenia, których wystąpienie jest koniecznym warunkiem ubiegania się o otrzymanie świadczenia z tytułu wystąpienia zachorowania. Choć oczywiste jest, że odpowiedzialność ubezpieczyciela nie może być absolutna i niczym nieograniczona, to jednak formułowanie definicji umownych prowadzących do zawężenia zbioru zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową sprawia, iż ochrona ta może stać się iluzoryczna. Takie działanie jest niezgodne z ideą umowy ubezpieczenia i znacznie osłabia realizację celu tej umowy⁵². Owa iluzoryczność potęguje rozzarowanie potencjalnych ubezpieczających i negatywnie wpływa na opinie o praktykach ubezpieczycieli, gdyż zawężone definiowanie odnosi się zwykle do nazw uogólnionych rodzajów chorób (np. udar mózgu), a nie typów danej choroby (np. niedokrwienny udar mózgu).

Występowanie zróżnicowanych zapisów definicyjnych w OWU prowadzi także do konkurencji zakładów ubezpieczeń na poziomie definicji. Chcąc wybrać najkorzystniejszą ofertę, ubezpieczony powinien między innymi porównać definicje schorzeń objętych ochroną, zawartych w kilku, a nawet kilkunastu ogólnych warunkach ubezpieczenia. Stosowanie niespójnych zapisów stanowi także utrudnienie w pracy innych podmiotów rynku ubezpieczeń, w szczególności zaś pośredników ubezpieczeniowych. Poniekąd powinni oni posiadać wiedzę wymaganą od lekarzy, by móc w jasny i klarowny sposób przedstawić ubezpieczonemu warunki umowy ubezpieczenia. Utrzymywanie *status quo* definiowania chorób na polskim rynku ubezpieczeniowym jest też szczególnym wyzwaniem dla brokerów ubezpieczeniowych, którzy analizę i porównanie oferty zakładów ubezpieczeń obowiązani są zakończyć pisemną rekomendacją dla klienta.

51. Ergo Hestia TU na Życie 2012.

52. A. Gadomska-Orłowska, *Ustawowe ograniczenia w tworzeniu definicji umownych*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2011 nr 46, s. 48.

Analiza wydaje się potwierdzać, że mimo iż definicje umowne są zazwyczaj postrzegane przez klientów jako zapisy porządkujące i drugorzędne, to właśnie ich regulacja często okazuje się istotna dla określenia zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, czyli kluczowego dla ubezpieczonego aspektu umowy ubezpieczenia. Dlatego też niezbędne jest, aby ich treść była wnikliwie oceniana i poddawana kontroli⁵³.

W polskich realiach funkcja zewnętrznej kontroli sprawowana jest przez UOKiK oraz Rzecznika Ubezpieczonych. Przykład skutecznej interwencji to wydanie przez Prezesa UOKiK decyzji w odpowiedzi na zbiorowy wniosek przeciwko prowadzeniu przez PZU Życie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów w odniesieniu do stosowanej definicji zawału serca. O coraz powszechniejszym problemie z definiowaniem chorób w OWU na polskim rynku ubezpieczeń świadczą doniesienia o kolejnym naruszeniu praktyki rynkowej przez PZU Życie, tym razem poprzez zawężanie definicji boreliozy w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia grupowego na wypadek ciężkiej choroby. Mimo znacznego podobieństwa ze sprawą stosowania przez PZU Życie niezgodnej z terminologią medyczną definicji zawału serca, UOKiK wstrzymuje się od podjęcia stosownych działań, przynajmniej do czasu zakończenia pierwotnego postępowania⁵⁴. Sytuacja ta ukazuje kolejną wadę polskiego systemu ubezpieczeniowego, a mianowicie długotrwałe procedury skutkujące dalszym stosowaniem przez zakłady ubezpieczeń nierynkowych praktyk.

Wykaz źródeł

- Bednarz B., Budaj, A., *Zawał serca z uniesieniem odcinka ST*, [w:] A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*, Medycyna Praktyczna, tom 1, Kraków 2005.
- Berkan M., *Nowotwory nabłonkowe skóry*, [w:] R. Kordek (red.), *Onkologia*, wyd. III, Via Medica, Gdańsk 2007.
- Bijak M., *Pomostowanie aortalno-wieńcowe (by-pass)*, http://www.echirurgia.pl/kardiochirurgia/pomostowanie_aortalno_wiencowe_by_pass.htm [dostęp 25.09.2014].
- Boss N., Jäckle R. (opr.), *Hexal: podręczny leksykon medycyny*, Urban & Partner, Wrocław 1996.
- Chojecki Ł., Hendzel P., Gryszko L., Szałański P., Szczawiński W., Rymsza A., Kostyra G., Hendzel T., *Pomostowanie aortalno-wieńcowe bez użycia krążenia pozaustrojowego*, *Polski Merkurusz Lekarski*, 2007 nr 132, tom XXII.
- Dunaj B., *Słownik współczesnego języka polskiego*, WILGA, Warszawa 1996.
- Gadomska-Orłowska A., *Ustawowe ograniczenia w tworzeniu definicji umownych*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2011 nr 46.
- Griephan K., *Leksykon zdrowia*, Klub dla Ciebie, Warszawa 2002.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2012*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012.
- GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Warszawa 2013, www.stat.gov.pl.
- Herold G., *Medycyna wewnętrzna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Karwowski A. (red.), *Leksykon PWN*, wyd. 1, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Krawczyk K., *Praktyki odszkodowawcze zakładów ubezpieczeń a rozwój kancelarii i doradców odszkodowawczych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” 2012 nr 50.

53. Ibidem, s. 50.

54. Rozważania zostały oparte na materiałach otrzymanych z Biura Rzecznika Ubezpieczonych.

- Kruszewska X., *Czy by-pass znaczy omijać*, „Dziennik Ubezpieczeniowy”, 15 marca 2004.
- Matuszak M., *Klasyfikacja zaawansowania klinicznego choroby*, [w:] M. Matuszak, *Znaczenie rokownicze wybranych parametrów klinicznych i laboratoryjnych u chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową B-komórkową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, 2011.
- Mazur R., Świerkocka M., Rajewski P., *Udar mózgu – pierwsze objawy*, [w:] R. Mazur, B. Książkiewicz, W.M. Nyka (red.), *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*, wyd. II, Via Medica, Gdańsk 2010.
- Nejc D., *Czerniak*, [w:] R. Kordek (red.), *Onkologia*, wyd. III, Via Medica, Gdańsk 2007.
- Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, wyd. III, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Ryglewicz D., Milewska D., *Epidemiologia udaru mózgu*, [w:] R. Mazur, B. Książkiewicz, W.M. Nyka (red.), *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*, wyd. II, Via Medica, Gdańsk 2010.
- Sadowski J., Wierzbicki K., *Pomostowanie aortalno-wieńcowe*, [w:] A. Szczekliak (red.), *Choroby wewnętrzne*, Medycyna Praktyczna, tom 1, Kraków 2005.
- Sojecki C., *Leksykon PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1972.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenia na życie: aspekty prawne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
- Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce. Część 1. Nieodszkodowawcze ubezpieczenia chorobowe*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2006 nr 3/4.

Ogólne warunki ubezpieczeń:

- Amplico Life, Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia – ubezpieczenie na wypadek groźnych chorób przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Amplico Life Spółka Akcyjna z dnia 19 grudnia 2011 r.
- Aviva TU na Życie, Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia w razie poważnego zachorowania (PZ/NPER/2/2012) przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 11 stycznia 2012 r. i weszły w życie 11 lutego 2012 r.
- AXA Życie TU, Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (indeks PZ/12/12/17) zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń AXA Życie Polska Spółka Akcyjna nr 1/26/07/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. i zmienione uchwałą Zarządu nr 1/31/10/2012 z dnia 31 października 2012 r.
- Compensa TU na Życie, Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-1212 zatwierdzone uchwałą Nr 40/2012 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Vienna Insurance Group z dnia 20 listopada 2012 r. wchodzi w życie z dniem 21 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2012 r. lub później.
- Ergo Hestia TU na Życie, Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, Typ APZ (kod: APZ 02/12), zatwierdzone uchwałą Zarządu Sopotckiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, wchodzi w życie z dniem 21 grudnia 2012 r.
- Generali Życie TU, Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania przyjęte uchwałą Zarządu Generali Życie Towarzystwa Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 lipca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

- ING TU na Życie, Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania (nr OWU/CI34/1/2010) zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 34/2010 z dnia 20 maja 2010 r., wchodzą w życie z dniem 30 czerwca 2010 r.
- Nordea Polska TU na Życie, Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Perfect Multi Ochrona” zatwierdzone przez Zarząd Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna w dniu 3 marca 2011 roku i wchodzą w życie z dniem 7 marca 2011 roku.
- Pramerica Życie TUIR, Warunki umowy dodatkowej dotyczącej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania zatwierdzone uchwałą nr 2/09/2012 Zarządu Pramerica Życie TUIR Spółka Akcyjna z dnia 11 września 2012 r.
- Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, *Decyzja RWR28/2010*, Wrocław 2010.
- PZU Życie, Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (kod warunków: CCIP31) zatwierdzone uchwałą nr UZ/349/2007 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 17 lipca 2007 r. i zmienione uchwałą nr UZ/145/2009 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 14 maja 2009 r.
- PZU Życie, Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (kod warunków: CCIP40), zatwierdzone uchwałą nr UZ/177/2012 Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 18 lipca 2012 r.
- Signal Iduna Życie Polska TU, Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Ciężkiej Choroby zatwierdzone Uchwałą 54/Z/2012 Zarządu SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 14 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 20 grudnia 2012 r.
- Warta TU na Życie, Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zatwierdzone uchwałą nr 51/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 marca 2011 r.
- Wikipedia, *Zawał mięśnia sercowego* [2013], http://pl.wikipedia.org/wiki/Zawa%C5%82_mi%C4%99%C5%9Bnia_sercowego [dostęp: 25.09.2014].
- Zalewska B., *Zawał serca* [2011], <http://www.resmedica.pl/serce-i-uklad-krazenia/zawal-serca> [dostęp: 25.09.2014].

Defining illnesses in insurance against serious illness in the practice of domestic insurers

The article discusses the issues connected with defining illnesses in insurance against serious illness. The definition of a given disease in general terms and conditions of insurance influences whether an illness diagnosed in the insured person will be the basis for a claim to the insurance company to pay the benefit. For this reason, it is important that the terminology adopted by the insurance company is clear for the potential insured person, understandable, and, first and foremost, compliant with the current medical knowledge. The author has conducted a two-way comparative analysis of the definitions of the diseases included in the general terms and conditions of insurance against serious illness in order to determine, first of all, comparability of the terminology used by individual insurance companies, and, secondly, to confront insurers' definition practice with the current medical knowledge.

The article has been prepared on the basis of the author's BA paper, which was awarded in the 13th edition of the competition for the best PhD, MA, BA and post-graduate paper in the field of commercial and social insurance. The Insurance Ombudsman is the competition's organiser.

Key words: definitions, serious illness, insurance against diseases.

MARTA GUMNA – studentka Wydziału Ekonomii, kierunku Finanse i Rachunkowość, specjalność Ubezpieczenia Gospodarcze, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.