

1. ODSTĘPSTWA OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZEŃ

A. Zmiana Wariantu

1. Zmiana Wariantu ubezpieczenia (rozumiana również jako dokupienie pakietu U Chroni Onkologicznie i/lub pakietu U Chroni Serce i/lub pakietu U Chroni Aktywnych i/lub pakietu U Chroni Dziecko), możliwa jest od 1. dnia każdego kolejnego Roku ubezpieczenia, począwszy od 1. dnia Miesiąca polisowego następującego po dacie zgłoszenia do Unum takiej zmiany, z zastrzeżeniem ust. 2 - 4 poniżej. W przypadku zmiany Wariantu, mają zastosowanie ograniczenia odpowiedzialności Unum, o których mowa poniżej:

- a) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego;
- b) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka;
- c) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (dotyczy także pobytu na OIOM, Rekonwalescencji po Pobyciu w szpitalu);
- d) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka;
- e) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka;
- f) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną;
- g) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych;
- h) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego;
- i) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Rodzica;
- j) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego;
- k) w § 4 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Zdiagnozowania Choroby Nowotworowej;
- l) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia;
- m) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego;
- n) w § 5 ust. 2 Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego.

2. W przypadku dokupienia pakietu U Chroni Onkologicznie, wymagane jest podpisanie Oświadczenia dotyczącego Chorób Onkologicznych. Pakiet zostanie dodany po akceptacji ryzyka przez Unum.

3. W przypadku dokupienia pakietu U Chroni Serce, wymagane jest podpisanie Oświadczenia dotyczącego Chorób Kardiologicznych. Pakiet zostanie dodany po akceptacji ryzyka przez Unum.

4. W przypadku zmiany wariantu na Wariant z wyższą Sumą ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej (tj.: Śmierć Ubezpieczonego), wymagane jest podpisanie Oświadczenia Dobrego Stanu Zdrowia. Podwyższenie Sum ubezpieczenia i rozszerzenie zakresu ubezpieczenia nastąpi po akceptacji ryzyka przez Unum.

B. Zmiany w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie (zwane dalej „OWU”)

1. § 2 ust. 2 OWU otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

„2. Data zatrudnienia – data nabycia członkostwa w Centrum Inicjatyw Zawodowych.”

2. § 2 ust. 11 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„11. Pracownik – osoba fizyczna posiadająca udokumentowane członkostwo w Centrum Inicjatyw Zawodowych. W rozumieniu niniejszych OWU oraz Warunków umów dodatkowych ilekroć mowa jest o nawiązaniu lub rozwiązaniu stosunku pracy, rozumie się przez to nabycie lub zaprzestanie członkostwa w Centrum Inicjatyw Zawodowych.”

3. § 13 ust. 1 pkt a) OWU otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

„a) ukończyła 16 i nie ukończyła 60 lat;”

4. § 13 ust. 1 pkt c) OWU otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

„c) w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej), a także w dniu wyrażenia przez Unum zgody na objęcie ochroną nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami, ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny), w hospicjum, szpitalu ani innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie ma orzeczonej niezdolności do pracy, ani też nie ubiega się o takie orzeczenie, nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ani też nie ubiega się o nie;”

5. § 14 ust. 2 pkt a) tiret iii. oraz iv. skreśla się.

6. § 18 ust. 3 OWU otrzymuje nowe, następujące brzmienie:

“3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego (jeśli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem), oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Unum lub wysokości Świadczenia (jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania).”

7. § 9 ust. 4 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„4. Przed upływem każdego Roku ubezpieczenia, zgodnie z aktualnymi danymi o Ubezpieczonych, Unum ustala zakres ubezpieczenia, wysokość Sum ubezpieczenia, Stawek ubezpieczeniowych i Składek, które będą obowiązywały w kolejnym Roku ubezpieczenia. Informację o tych ustaleniach Unum przekazuje Ubezpieczającemu w formie pisemnej najpóźniej na 3 miesiące przed końcem danego Roku ubezpieczenia. Odmowa przyjęcia zaproponowanych warunków, złożona przez Ubezpieczającego w formie pisemnej nie później niż w ostatnim dniu danego Roku ubezpieczenia, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczenia.”

8. § 5 ust. 4 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie otrzymuje brzmienie:

„4. Umowa ubezpieczenia będzie ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem, że oświadczenie wyrażające wolę nie przedłużenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub

przedłużenia jej na zmienionych warunkach zostanie wysłane przez Ubezpieczającego najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku Ubezpieczenia, a oświadczenie wyrażające wolę nie przedłużenia Umowy ubezpieczenia przez Unum lub przedłużenia jej na zmienionych warunkach zostanie wysłane przez Unum najpóźniej na 3 miesiące przed końcem danego Roku Ubezpieczenia.”

9. § 10 ust. 2 pkt d) OWU otrzymuje następujące brzmienie:

dostarczania do Unum listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia od dnia 1 listopada 2022 r. przed datą objęcia ich ochroną ubezpieczeniową a ich Wnioski przystąpienia do ubezpieczenia (o ile Unum i Ubezpieczający nie uzgodnili innej formy składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności formy elektronicznej) nie później niż do 15 listopada 2022 r. oraz dostarczania do Unum informacji o zmianach osobowych zachodzących w bieżącym miesiącu trwania Umowy ubezpieczenia wraz z Wnioskami przystąpienia do ubezpieczenia nowych osób, nie później niż do 15 dnia miesiąca, którego zmiany dotyczą, z zastrzeżeniem złożenia u Pracodawcy kompletnie wypełnionego Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz Oświadczenia Dobrego Stanu Zdrowia najpóźniej z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego ma się rozpocząć ochrona ubezpieczeniowa;”

10. § 7 ust. 2 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„2. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego potwierdzenia przez ubezpieczającego ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało informację o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.”

11. § 4 ust. 5 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„5. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia może nastąpić na podstawie Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów wymaganych przez Unum, podpisanych lub złożonych (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów w formie elektronicznej) przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową nie wcześniej niż na 60 dni przed wnioskowaną datą objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Unum.”

12. W § 7 OWU dodaje się pkt. 3 o następującym brzmieniu:

„3. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie zgłosić ubezpieczonego na liście osób występujących z umowy ubezpieczenia dla którego ochrona zakończy się ze skutkiem, ze skutkiem na koniec miesiąca za który została opłacona składka.”

C. Zmiany w Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami OCH”)

1. § 5 ust. 1 pkt a) Warunków OCH skreśla się.

D. Zmiany w Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego (zwane dalej „Warunkami LSP”)

1. § 3 ust. 1 Warunków LSP otrzymuje następujące brzmienie:

„1. **Ablacja** – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca.”

E. Zmiany w Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego (zwane dalej „Warunkami LSPK”)

1. § 3 ust. 1 Warunków LSPK otrzymuje następujące brzmienie:

„1. Ablacja – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca.”

F. Zmiany w Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica (zwanymi dalej „Warunkami ŚR”)

1. Ilekroć w Warunkach ŚR mowa jest o Małżonku, rozumie się przez to także Partnera Życiowego, z wyłączeniem zapisów, o których mowa w § 6 ust. 4 pkt e) Warunków ŚR.

2. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia poprzez doręczenie Unum pisemnego oświadczenia o odstąpieniu w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Unum zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

2. Unum informuje, że propozycja ubezpieczenia, na podstawie której została wystawiona niniejsza Specyfikacja polisy, została przygotowana na podstawie uzyskanych od Ubezpieczającego informacji na temat Jego wymagań i potrzeb w oparciu o oferowane przez Unum produkty ubezpieczeniowe.

3. Niniejszym Ubezpieczający wnioskuję o zawarcie z Unum Umowy ubezpieczenia grupowego na życie wraz z Umowami dodatkowymi (zwana dalej „Umową ubezpieczenia”) określonymi w propozycji ubezpieczenia 118494_0822/2 z dnia 28.09.2022 r. Ubezpieczający potwierdza, że zakres przedstawionego ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia oraz wysokość Składki odpowiadają Jego potrzebom i wymaganiom oraz przyjmuje warunki tej Umowy ubezpieczenia. Warunki te będą obowiązywać od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, co Ubezpieczający potwierdza poniżej swoim podpisem.

4. Ubezpieczający oświadcza także, że otrzymał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia warunki Umowy ubezpieczenia, a w szczególności Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, Warunki umów dodatkowych, dokument „Obowiązek informacyjny poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia”, oraz „Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym” na podstawie których zostanie zawarta Umowa ubezpieczenia, tj. Umowa podstawowa wraz z Umowami dodatkowymi, potwierdzonymi w propozycji ubezpieczenia na podstawie której została wystawiona niniejsza Specyfikacja polisy.

5. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum”. Niniejszym Ubezpieczający oświadcza, iż otrzymał i zapoznał się z tym dokumentem.

6. Ubezpieczający potwierdza, że został poinformowany przez Unum, że osoby, które w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia przebywają na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami, ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny), w hospicjum, w szpitalu, lub innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, mają orzeczoną niezdolność do pracy lub też ubiegają się o nie, otrzymują świadczenie rehabilitacyjne lub też ubiegają się o nie, nie nabywają uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem zapisów wskazanych w § 13 ust. 1 pkt c) OWU.

Dla kogo dedykowany jest pakiet?

Członek Stowarzyszenia CIZ

Składka miesięczna

26,00 zł

razem za pakiet onkologiczny i kardiologiczny

PAKIET ONKOLOGICZNY - OPIS I ZAKRES

Dla każdego z nas diagnoza nowotworu i rozpoczęcie leczenia wiąże się dużym obciążeniem finansowym, psychicznym oraz utrudnieniami w codziennym życiu. Dzięki **U Chroni Onkologicznie**, w przypadku zdiagnozowania nowotworu złośliwego lub nowotworu o granicznej złośliwości, zyskujesz wsparcie finansowe oraz szereg usług i badań medycznych przydatnych w procesie leczenia.

Zdiagnozowanie choroby nowotworowej	
Nowotwór złośliwy	22 000 zł
Nowotwór o granicznej złośliwości	2 200 zł
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego (maksymalnie 180 dni w Roku z powodu Nowotworu (od 1. do 14. dnia / po 14. dniu)	
	50,00 zł / 25,00 zł ¹⁾
Leczenie specjalistyczne onkologiczne	5 000 zł
Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna	TAK
Organizacja i pokrycie kosztów Zagranicznej konsultacji medycznej:	
Udzielenie Ubezpieczonemu info. o niezbędnej dok. medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej	
Tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski	
Przekazanie dok. Med. Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dok. i jej analizę	
Wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej przez Konsultanta	
Tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej wydanej przez Konsultanta	
Udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej Ubezpieczonemu	
Wsparcie w przypadku Nowotworu	TAK
Świadczenia Medyczne:	Limity na jedno Zdarzenie
Konsultacje lekarskie	3 000 zł
Diagnostyka laboratoryjna	3 000 zł
Badania specjalistyczne	5 000 zł
Usługi Assistance:	Limity na jedno Zdarzenie
Transport na badania i zaplanowane operacje	2 000 zł
Domowa opieka pielęgnarska	1 500 zł
Dostosowania miejsca zamieszkania	2 000 zł
Pomoc psychologa	2 000 zł
Świadczenie Sanatoryjne:	Limity na jedno Zdarzenie
Pobyt w sanatorium	3 000 zł

1) Za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego: min. pobyt z tyt. nowotworu - dłuższy niż 1 dzień.



Środki finansowe na leczenie



Całodobowe Centrum Pomocy



Konsultacje lekarskie



Diagnostyka laboratoryjna



Badania specjalistyczne: biopsja, RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa



Druga opinia medyczna w zagranicznych placówkach



Proste formalności i szybka wypłata świadczenia



Pomoc psychologa



Transport na badania i zaplanowane operacje



Domowa opieka pielęgnarska



Pobyt w sanatorium



Dostosowanie miejsca zamieszkania

PAKIET KARDIOLOGICZNY - OPIS I ZAKRES

Problemy ze zdrowiem na tle kardiologicznym są źródłem wielu poważnych schorzeń, których leczenie wiąże się z ogromnym obciążeniem finansowym i sporymi utrudnieniami w codziennym życiu. Dzięki **U Chroni Serce** otrzymasz wsparcie finansowe, oraz szereg usług i badań medycznych pomocnych w procesie leczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Świadczenie
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	20 000 zł ¹⁾
za 1% uszczerbku	200 zł
Choroby układu krążenia Ubezpieczonego (8 jednostek chorobowych)	25 000 zł
Małoinwazyjna operacja zastawek serca	6 250,00 zł
Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej	6 250,00 zł
Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	6 250,00 zł
Pobyty w szpitalu Ubezpieczonego (max. 180 dni w Roku ubezp.)	
z powodu Zawału serca / Udaru mózgu (od 1. do 14. dnia / po 14. dniu)	30,00 zł / 15,00 zł ²⁾
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne	5 000 zł
Powtórna Opinia Medyczna Kardiologiczna	TAK
Organizacja i pokrycie kosztów Zagranicznej konsultacji medycznej:	
Udzielenie Ubezpieczonemu info. o niezbędnej dok. Med..., umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej	
Tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski	
Przekazanie dok. Med. Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dok. i jej analizę	
Wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej przez Konsultanta	
Tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej wydanej przez Konsultanta	
Udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej Ubezpieczonemu	
Wsparcie w przypadku Zawału serca lub Udaru mózgu	TAK
Świadczenia Medyczne:	Limity na jedno Zdarzenie
Konsultacje lekarskie	3 000 zł
Diagnostyka laboratoryjna	3 000 zł
Badania specjalistyczne	5 000 zł
Świadczenia Assistance:	Limity na jedno Zdarzenie
Transport na badania i zaplanowane operacje	2 000 zł
Domowa opieka pielęgnarska	1 500 zł
Dostosowania miejsca zamieszkania	2 000 zł
Pomoc psychologa	2 000 zł
Świadczenie Sanatoryjne:	Limity na jedno Zdarzenie
Pobyty w sanatorium	3 000 zł
Świadczenie Teleopieka kardiologiczna:	Limity na jedno Zdarzenie
Dostęp do Centrum telemedycznego	TAK
Zestaw Teleopieki kardiologicznej - aparat EKG, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne	TAK

1) Maksymalnie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu;

2) Za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego: min. pobyt z tyt. choroby - dłuższy niż 1 dzień. Wypłacane jest jedno najwyższe należne Świadczenie;



Środki finansowe na leczenie



Całodobowe Centrum Pomocy



Konsultacje lekarskie



Diagnostyka laboratoryjna



Badania specjalistyczne: Holter, RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa



Druga opinia medyczna w zagranicznych placówkach



Proste formalności i szybka wypłata świadczenia



Pomoc psychologa



Transport na badania i zaplanowane operacje



Domowa opieka pielęgnarska



Pobyty w sanatorium



Dostosowanie miejsca zamieszkania



Teleopieka kardiologiczna



Ogólne warunki grupowego
ubezpieczenia na życie
wraz z Warunkami umów dodatkowych

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z OBJĘCIEM OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

KTO JEST ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH I Z KIM MOGĘ SIĘ KONTAKTOWAĆ?

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa (dalej jako „Unum”). Z administratorem danych można kontaktować się poprzez adres e-mail: kontakt@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum.
- We wszelkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z wyznaczonym w Unum Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: iod@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum (najlepiej z dopiskiem „RODO”).

CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum w następujących celach:

CEL PRZETWARZANIA	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
Zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonanie umowy, w tym indeksacja składki i wypłata świadczeń.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia.
Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z raportowaniem obowiązków, wynikających z umowy pomiędzy rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki (tzw. FATCA) oraz z przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum oraz innych zakładów ubezpieczeń (tj. przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń).
Dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami w związku z zawartą umową ubezpieczenia na życie.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami).
Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Unum oferty tego rodzaju produktów i usług).	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum (tj. prezentowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług) oraz dodatkowo zgoda w odniesieniu do elektronicznego oraz telefonicznego kanału komunikacji.

- Jednym ze sposobów przetwarzania przez Unum danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że:
 - w oparciu o informacje pozyskiwane na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na życie (w tym informacje dotyczące zdrowia) Unum dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, co wpływa na objęcie (lub nie) ochroną ubezpieczeniową oraz zawarcie umowy ubezpieczenia z wyższą składką lub np. na warunkach odbiegających od ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - w oparciu o informacje dotyczące produktów ubezpieczeniowych klienta (jednak bez uwzględnienia informacji dotyczących zdrowia) Unum tworzy profile preferencji klientów, co pozwala na dostosowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług do znanych lub przewidywanych potrzeb lub oczekiwań poszczególnych klientów.
 Przetwarzanie przez Unum danych osobowych, o którym mowa powyżej, nie odbywa się w sposób w pełni zautomatyzowany, tzn. w każdym przypadku zapewniony jest udział człowieka w tego rodzaju operacjach, w szczególności w związku z podejmowaniem decyzji o objęciu (lub nie) ochroną ubezpieczeniową.

PRZEZ JAKI OKRES DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZECHOWYWANE?

- Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych zależy od celu ich przetwarzania i wynosi:
 - w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie oraz dochodzeniem roszczeń i obroną przed roszczeniami z nią związanymi – do czasu przedawnienia tych roszczeń (okres ten wynika z Kodeksu cywilnego, przepisów prawa ubezpieczeniowego);
 - w związku z realizacją obowiązków prawnych – do czasu wygaśnięcia obowiązku (np. dokumenty księgowe, w tym zawarte w nich dane, wymagają przechowywania przez okres 5 lat);
 - w związku z marketingiem bezpośrednim – do czasu zgłoszenia Pani/Pana sprzeciwu lub wycofania stosownej zgody.

KOMU DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZEKAZYWANE?

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
 - zakładom reasekuracji, w tym General Reinsurance AG z siedzibą w Kolonii (Niemcy) oraz RGA International Reinsurance Company DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) – w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych;
 - innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążących na Unum;
 - podmiotom działającym na podstawie przepisów prawa (organom publicznym), w tym m.in. Komisji Nadzoru Finansowego oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – w związku z realizacją obowiązków prawnych ciążących na Unum;
 - podmiotom świadczącym na rzecz Unum usługi, w tym np. dostawcom usług w zakresie orzecznictwa medycznego, dostawcom usług informatycznych, dostawcom usług prawnych i doradczych – w związku ze świadczeniem tych usług.

PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane również do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, którzy znajdują się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję Europejską decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Państwa danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym po kontakcie z Inspektorem Ochrony Danych.

CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST OBOWIĄZKOWE?

- Korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej jest dobrowolne. Jednakże podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową ubezpieczenia na życie jest niezbędne do jej zawarcia, a następnie wykonania – bez podania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, nie jest możliwe zawarcie i wykonanie tego rodzaju umowy.
- Podanie danych osobowych w celach marketingu bezpośredniego jest dobrowolne – nie warunkuje to zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie.

PRAWA ZWIĄZANE Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

- Przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych osobowych określone prawa, w tym: (i) prawo dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana; (ii) prawo do sprostowania tych danych; (iii) prawo do usunięcia tych danych, (iv) prawo do ograniczenia przetwarzania tych danych; (v) prawo do przenoszenia tych danych – na zasadach określonych w przepisach o ochronie danych osobowych, w tym w unijnym Rozporządzeniu o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 („RODO”).
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja prawnie uzasadnionych interesów ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana, w szczególności w związku z ich przetwarzaniem dla celów marketingu bezpośredniego.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda ma Pani/Pan prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia lub na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia skutkować może brakiem możliwości wykonania umowy ubezpieczenia na życie lub brakiem możliwości reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE WRAZ Z WARUNKAMI UMÓW DODATKOWYCH

SPIS TREŚCI

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie	4
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie	5
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	13
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	14
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	15
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	16
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	17
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	18
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	19
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	20
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	22
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	23
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	24
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	25
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego	26
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego	27
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	28
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	29
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	30
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	31
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica	32
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica	33
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku	34
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku	35
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	36
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	37
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	39
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	40
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	42
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	43
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	45
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	46
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	48
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	49
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	51

Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze świadczeniami wypłacanymi w ratach.....	52
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	54
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	55
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	62
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	63
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej	65
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej	66
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego	68
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego.....	69
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego	71
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego.....	72
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego.....	75
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego.....	76
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka.....	78
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka	79
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	86
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	87
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych	91
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych.....	92
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka	94
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka	95
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.....	97
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego	98
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka	102
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka.....	103
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka.....	105
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka	106
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka.....	108
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka	109
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną	110
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną	111
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka.....	113
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka.....	114
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego.....	115
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego.....	116
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem	118
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem	119
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku.....	121
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	122
Załączniki do warunków umów dodatkowych	124
Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu.....	125
Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	139
Tabela Operacji Chirurgicznych.....	142
Tabela Urazów.....	148
Tabela Wad Wrodzonych	151

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1 w związku z § 2; § 10 ust. 2 pkt. c), d), g) i h) w związku z § 2; § 11 w związku z § 2; § 13 w związku z § 2; § 14 w związku z § 2; § 16 w związku z § 2; § 18 w związku z § 2; § 21 ust. 1 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 17 ust. 2 w związku z § 2; § 18 ust. 1, 4, 7, 8 i 12 w związku z § 2.</p>

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (zwane dalej „OWU”) stosuje się do umów ubezpieczenia grupowego na życie zawieranych pomiędzy Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną a Ubezpieczającym. OWU stanowią integralną część Umowy podstawowej.

§ 2. DEFINICJE

W niniejszych OWU, Warunkach umów dodatkowych, Specyfikacji polisy, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument wystawiany przez Unum i przekazywany Ubezpieczonemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, zawierający m.in. datę objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość poszczególnych Sum ubezpieczenia;
2. **Data zatrudnienia** – data nawiązania stosunku pracy albo data zawarcia pierwszej umowy cywilnoprawnej pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym, pod warunkiem że stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna trwały nieprzerwanie od momentu zawarcia i obowiązywały w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w dniu jego złożenia – w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej;
3. **Graniczna suma ubezpieczenia** – ustalana przez Unum Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, potwierdzona w Specyfikacji polisy, do wysokości której Unum obejmuje Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową bez konieczności przeprowadzenia dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7;
4. **Małżonek** – osoba, która:
 - 1) w dniu podpisania lub w dniu złożenia Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia pozostaje z Pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
 - 2) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
5. **Miesiąc polisowy** – okres jednego miesiąca liczony odpowiednio od pierwszego lub piętnastego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym została zawarta Umowa ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
6. **Okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony przez wskazane w Specyfikacji polisy datę początku i datę końca odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia;
7. **Partner Życiowy** – osoba, która:
 - 1) w dniu podpisania lub w dniu złożenia Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia pozostaje z Pracownikiem w związku nieformalnym i która została wskazana przez Pracownika we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w innym dokumencie spełniającym wymagania Unum, o ile nie jest spokrewniona z Pracownikiem a Pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim;
 - 2) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku nieformalnym i która została wskazana we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w innym dokumencie spełniającym wymagania Unum, o ile nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym a Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim.

Partner Życiowy może przystąpić do ubezpieczenia lub może zostać wskazany we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia (lub w innym dokumencie spełniającym wymagania Unum) tylko jeden raz w okresie kolejnych 36 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia. Zmiana Partnera Życiowego jest możliwa po upływie 36 miesięcy od poprzedniego wskazania;

8. **Pełnoletnie Dziecko** – dziecko Pracownika własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które ukończyło 18 lat;
9. **Polisa** – doręczany Ubezpieczającemu dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
10. **Poprzednia umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, która obowiązywała u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia i która to umowa została skutecznie rozwiązana przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia z Unum;
11. **Pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie stosunku pracy lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna z Ubezpieczającym trwa w sposób ciągły od momentu zawarcia i nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia. Za Pracownika uznaje się również Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, w tym współnika spółki cywilnej, a także współnika Ubezpieczającego będącego osobową spółką prawa handlowego (tzw. „Właścicieli”);
12. **Prolongata płatności** – liczba dni, o którą Unum odroczyło opłacenie Składki należnej, liczona od dnia następującego po upływie terminu płatności;
13. **Propozycja grupowego ubezpieczenia na życie** – wstępna kalkulacja kosztu ubezpieczenia, przygotowana przez Unum na wniosek Ubezpieczającego na podstawie podanych przez Ubezpieczającego informacji, przekazywana Ubezpieczającemu przed złożeniem przez niego Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Propozycja grupowego ubezpieczenia na życie nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
14. **Rok ubezpieczenia** – okres pierwszych dwunastu Miesięcy polisowych, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz każdy kolejny taki okres, liczony od upływu poprzedniego okresu;
15. **Składka** – kwota wskazana w Specyfikacji polisy, kalkulowana w oparciu o dokonaną przez Unum ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych), wieku i liczby osób uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, a także rodzaju wykonywanej przez nich pracy oraz zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem okresów ograniczenia odpowiedzialności;
16. **Składka indywidualna** – kwota z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia, ustalona w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego w odniesieniu do Składki oraz z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu, wieku i/lub stanu zdrowia tego Ubezpieczonego oraz Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych);
17. **Składka należna** – suma Składek indywidualnych z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej wszystkim Ubezpieczonym w okresie, za który należna jest Składka;
18. **Specyfikacja polisy** – dokument określający warunki Umowy ubezpieczenia, w tym ewentualne odstępstwa od OWU i Warunków umów dodatkowych, zakres ubezpieczenia, uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wysokość Sum ubezpieczenia oraz Świadczeń, wysokość Składek wraz z terminem ich płatności;
19. **Stawka ubezpieczeniowa** – wysokość Składki wyrażona w promilach Sumy ubezpieczenia;
20. **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Specyfikacji polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
21. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach (o ile taki sposób wypłaty przewiduje Umowa ubezpieczenia) dokonana na rzecz Ubezpieczonego, Uposażonego lub innych osób

uprawnionych do otrzymania Świadczenia zgodnie z Umową ubezpieczenia;

22. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła Umowę ubezpieczenia, zobowiązana do opłacania Składek należnych;
23. **Ubezpieczony** – osoba, która została objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia;
24. **Umowa dodatkowa** – umowa grupowego ubezpieczenia rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy podstawowej o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe, zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na podstawie Warunków umowy dodatkowej łącznie z Umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania. Umowa dodatkowa może również rozszerzać zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach innych Umów dodatkowych. Umowa dodatkowa zawierana jest pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na pisemny wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku przez Unum), a jej zawarcie potwierdzone jest w Specyfikacji polisy;
25. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na podstawie OWU. Umowa podstawowa zawierana jest na pisemny wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku przez Unum), a jej zawarcie jest potwierdzone w Specyfikacji polisy;
26. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym, obejmująca Umowę podstawową oraz wybrane Umowy dodatkowe, której zawarcie potwierdzone jest w Polisie;
27. **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
28. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami § 16, jako Uposażony Główny lub jako Uposażony Zastępczy, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
29. **Uposażony Główny** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
30. **Uposażony Zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego jedynie wtedy, gdy wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne;
31. **Warunki umów dodatkowych** – warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierane są Umowy dodatkowe, stanowiące integralną część Umów dodatkowych;
32. **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
33. **Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia** – oświadczenie woli przystąpienia do Umowy ubezpieczenia osoby ubiegającej się o objęcie ochroną ubezpieczeniową wraz z innymi oświadczeniami i zgodami tej osoby oraz oświadczenia i zgody Ubezpieczającego, składane Unum na formularzu udostępnionym przez Unum;
34. **Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, złożone przez Ubezpieczającego na formularzu udostępnionym przez Unum;
35. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wskazane w OWU lub w Warunkach umów dodatkowych, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia;
36. **Zdolność ubezpieczeniowa** – potwierdzone przez Unum uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy podstawowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia udzielanego w ramach Umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy podstawowej.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego oraz inne Zdarzenia ubezpieczeniowe określone

w Warunkach umów dodatkowych, co zostanie określone w Specyfikacji polisy.

4. Zakres oraz warunki Umowy ubezpieczenia, a szczególnie wysokość Sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych oraz wysokość Składek, zostaną określone w Specyfikacji polisy.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Unum przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz Warunki umów dodatkowych.
2. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta pod warunkiem osiągnięcia limitu wskazanego w § 5 ust. 5, opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za osoby, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz dostarczenia do Unum – przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia – następujących dokumentów:
 - a) Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - b) oryginałów prawidłowo wypełnionych Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia dotyczących osób, które mają zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (o ile Unum i Ubezpieczający nie uzgodnili innej formy składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności formy elektronicznej);
 - c) listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - d) odpisu z właściwego rejestru lub ewidencji działalności gospodarczej, do której wpisany jest Ubezpieczający;
 - e) innych dokumentów wskazanych przez Unum.
3. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 2 powyżej, w znaczący sposób różnią się od informacji przekazanych Unum do przygotowania Propozycji grupowego ubezpieczenia na życie lub jeżeli ryzyko odbiega od dopuszczalnego ryzyka ubezpieczeniowego, Unum może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach lub odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli dokumenty wymienione w ust. 2 powyżej zostaną wypełnione nieprawidłowo lub będą niekompletne, Unum w ciągu 5 dni roboczych od daty ich otrzymania zwróci się do Ubezpieczającego z wnioskiem o uzupełnienie brakującej dokumentacji w wyznaczonym terminie. Po bezskutecznym upływie 30 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu przez Unum wyżej wskazanego wniosku przyjmuje się, że Umowa ubezpieczenia nie została zawarta z woli Ubezpieczającego.
5. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia może nastąpić na podstawie Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów wymaganych przez Unum, podpisanych lub złożonych (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów w formie elektronicznej) przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową nie wcześniej niż na 45 dni przed wnioskowaną datą objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Unum.
6. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Unum może wymagać od Ubezpieczającego lub osoby ubiegającej się o objęcie ochroną dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, jak również może skierować osobę ubiegającą się o objęcie ochroną na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
7. Jeśli Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, wnioskowana dla osoby ubiegającej się o objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia przekracza Graniczną sumę ubezpieczenia, Unum obejmie tę osobę ochroną ubezpieczeniową do wysokości Granicznej sumy ubezpieczenia. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową do pełnej wysokości wnioskowanej Sumy ubezpieczenia może nastąpić po przeprowadzeniu indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zgodnie z ust. 6 powyżej. Objęcie ochroną ubezpieczeniową do pełnej wysokości

wnioskowanej Sumy ubezpieczenia będzie skuteczne od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym miała miejsce akceptacja ryzyka ubezpieczeniowego przez Unum, z zastrzeżeniem ust. 8 i ust. 9 poniżej.

8. W przypadkach wskazanych w ust. 7 powyżej Unum każdorazowo poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego na piśmie o objęciu Ubezpieczonego ochroną, wysokości Sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego objęcie to będzie skuteczne.
9. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia i potwierdzenie odpowiedzialności Unum następuje po spełnieniu warunków, o których mowa w § 13 oraz § 14.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy jako początek Okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku wątpliwości Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Unum Polisy wraz ze Specyfikacją polisy. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia może rozpocząć się innego dnia niż dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia Unum doręczy Ubezpieczającemu Polisę wraz ze Specyfikacją polisy zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Unum zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy wraz ze Specyfikacją polisy i wyznaczyć co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami, o które wnioskował Ubezpieczający we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W razie braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy i Specyfikacji polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
4. Umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia lub przedłużenia jej na zmienionych warunkach musi zostać złożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 4-6.
5. Propozycja grupowego ubezpieczenia określa minimalny limit osób, które muszą spełnić warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wymagany przez Unum do zawarcia i trwania Umowy ubezpieczenia, chyba że w Specyfikacji polisy postanowiono inaczej. Jeśli do dnia ustalonego pomiędzy Unum a Ubezpieczającym minimalny limit nie zostanie osiągnięty, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.
6. Jeżeli w ostatnim dniu Roku ubezpieczenia nie zostanie spełniony warunek, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym Ubezpieczający otrzymał od Unum zawiadomienie o niespełnieniu tego warunku.
7. Przystąpienie przez Ubezpieczonego do Umowy dodatkowej jest możliwe wyłącznie w przypadku przystąpienia tego Ubezpieczonego do Umowy podstawowej.
8. Umowy dodatkowe mogą być zawarte w dniu zawarcia Umowy podstawowej lub w terminie późniejszym, uzgodnionym pomiędzy Unum a Ubezpieczającym.
9. W przypadku rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Specyfikacji polisy a postanowieniami OWU bądź Warunkami umów dodatkowych pierwszeństwo mają postanowienia Specyfikacji polisy.

§ 6. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie do Unum pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub w terminie

30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Unum zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym Unum ma prawo zatrzymać część Składki należnej za okres, w którym udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu przez nią warunków, o których mowa w § 13 i § 14.
2. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

§ 8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Unum otrzymało oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłacaniu Składki należnej i ulega ona rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 4.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu także w przypadku określonym w § 5 ust. 6.
4. Z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia ulegają rozwiązaniu Umowa podstawowa oraz wszystkie Umowy dodatkowe obowiązujące w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 9. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia wymaga:
 - a) uzgodnień pomiędzy stronami, potwierdzonych w formie pisemnej;
 - b) uprzedniej zgody Ubezpieczonego, gdy zmiana jest niekorzystna dla Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Unum przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przekazuje Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
4. Przed upływem każdego Roku ubezpieczenia, zgodnie z aktualnymi danymi o Ubezpieczonych, Unum ustala zakres ubezpieczenia, wysokość Sum ubezpieczenia, Stawek ubezpieczeniowych i Składek, które będą obowiązywały w kolejnym Roku ubezpieczenia. Informację o tych ustaleniach Unum przekazuje Ubezpieczającemu w formie pisemnej najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia. Odmowa przyjęcia zaproponowanych warunków, złożona przez Ubezpieczającego w formie pisemnej nie później niż w ostatnim dniu danego Roku ubezpieczenia, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczenia.
5. Unum zastrzega sobie prawo do wyliczenia przed rozpoczęciem każdego Roku ubezpieczenia Granicznej sumy ubezpieczenia.

Wysokość Granicznej sumy ubezpieczenia zostanie określona w Specyfikacji polisy.

6. Warunki Umowy ubezpieczenia mogą zostać zmienione na podstawie pisemnego wniosku, złożonego przez Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed upływem każdego Roku ubezpieczenia, pod warunkiem akceptacji tego wniosku przez Unum, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

§ 10. ZOBOWIĄZANIA STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Unum zobowiązane jest do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, a w szczególności do:
 - a) przekazywania Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego prośbę, w sposób wskazany w § 9 ust. 2 informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na zmianę;
 - b) potwierdzania listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową;
 - c) przygotowywania dla Ubezpieczonych Certyfikatów ubezpieczenia;
 - d) informowania Ubezpieczonego, Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i terminowego wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy ubezpieczenia, a w szczególności do:
 - a) przekazywania osobom ubiegającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową – przed wyrażeniem przez nie zgody na objęcie ochroną przez Unum i złożeniem Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia – warunków Umowy ubezpieczenia, a w szczególności – OWU, Warunków umów dodatkowych wraz z załącznikami stanowiącymi ich integralną część, będących podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz innych dokumentów wskazanych przez Unum;
 - b) przekazywania Ubezpieczonym informacji, o których mowa w § 9 ust. 3, we wskazany tam sposób i w określonych terminach;
 - c) terminowego przekazywania Składek należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia za wszystkich Ubezpieczonych;
 - d) dostarczania do Unum przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia wraz z ich Wniosekami przystąpienia do ubezpieczenia (o ile Unum i Ubezpieczający nie uzgodnili innej formy składania Wnioseków przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności formy elektronicznej);
 - e) dostarczania do Unum listy osób występujących z Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że za prawidłowość przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - f) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów ubezpieczenia przygotowanych przez Unum (w przypadku Certyfikatów w formie papierowej);
 - g) niezwłocznego informowania Unum o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu) i Ubezpieczającego, niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia;
 - h) udostępniania do wglądu Unum dokumentów znajdujących się w posiadaniu Ubezpieczającego, które mają znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości Składki.
3. Ubezpieczający za zgodą Unum, może przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot podmiot ten staje się Ubezpieczającym.
4. Przeniesienie praw i obowiązków Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 3 powyżej, wymaga uprzedniej pisemnej zgody Unum pod rygorem nieważności.

§ 11. SKŁADKA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki należnej za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Składka należna może być opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Wysokość Składki oraz termin płatności i częstotliwość jej opłacania określone są w Specyfikacji polisy.
3. Składki należne powinny być płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum wskazany w Specyfikacji polisy.
4. Składkę należną uważa się za opłaconą w dacie uznania rachunku bankowego Unum.
5. Ubezpieczający najpóźniej w dniu poprzedzającym datę zawarcia Umowy ubezpieczenia przesyła do Unum w formie wydruku i w wersji elektronicznej, a następnie – nie później niż w ostatnim dniu Miesiąca polisowego bezpośrednio poprzedzającego okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej – jedynie w wersji elektronicznej zestawienie przygotowane według wzoru uzgodnionego z Unum, określające listę Ubezpieczonych oraz kwotę Składki indywidualnej odprowadzonej na rzecz każdego z nich.
6. Jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego tytułem Składki jest niższa od wysokości Składki należnej, przyjmuje się, że Składka należna nie została opłacona.
7. Obowiązek terminowego opłacania Składki należnej przez cały okres trwania odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia spoczywa na Ubezpieczającym.
8. W przypadku zaległości w opłacaniu Składek należnych wpłacane kolejne kwoty zostaną przeznaczone na pokrycie poprzednich zaległych składek.

§ 12. PROLONGATA

1. Jeżeli w Specyfikacji polisy nie zastrzeżono inaczej, dopuszczalny okres Prolongaty płatności wynosi 30 dni, z wyjątkiem terminu płatności pierwszej Składki należnej, której termin wymagalności przypada na dzień poprzedzający datę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. W okresie Prolongaty płatności ochrona ubezpieczeniowa nie ulega zmianie i nie nalicza się odsetek za zwłokę.
3. W przypadku nieopłacenia Składki należnej w terminie płatności Unum pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki należnej, wyznaczając dodatkowy 14-dniowy termin zapłaty, z zagrożeniem iż nieopłacenie Składki należnej we wskazanym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności Unum i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Składka należna nie zostanie zapłacona do końca dodatkowego terminu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ona z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu, chyba że Unum i Ubezpieczający porozumieją się odnośnie dalszego trwania Umowy ubezpieczenia.
5. Za okres udzielania przez Unum ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić Składkę należną.

§ 13. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Jeżeli w Specyfikacji polisy nie zastrzeżono inaczej, uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia jest osoba, która łącznie spełnia następujące warunki:
 - a) ukończyła 16 lat i nie ukończyła 69 lat;
 - b) jest Pracownikiem, Małżonkiem, Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem, z tym zastrzeżeniem, iż w przypadku gdy uprawniony do objęcia ochroną ubezpieczeniową Małżonek, Partner Życiowy lub Pełnoletnie Dziecko jest równocześnie uprawnionym do objęcia ochroną Pracownikiem, każda z tych osób w ramach Umowy ubezpieczenia może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową tylko raz: albo jako Pracownik, albo jako Małżonek, albo jako Partner Życiowy, albo jako Pełnoletnie Dziecko. W ramach Umowy ubezpieczenia wyklucza się możliwość ubezpieczenia jednej osoby równocześnie

jako Pracownika oraz jako Małżonka, Partnera Życiowego lub Pełnoletnie Dziecko;

- c) w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej), a także w dniu wyrażenia przez Unum zgody na objęcie ochroną nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do której nie orzeczono niezdolności do pracy;
 - d) spełniła dodatkowe kryteria kwalifikacji uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wskazane przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Unum i potwierdzone w Specyfikacji polisy;
 - e) udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 poniżej,
- z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz o ile w Propozycji grupowego ubezpieczenia na życie i Specyfikacji polisy nie zastrzeżono inaczej.
2. Ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem wyrażenia zgody przez Unum - zostanie objęta osoba spełniająca warunki określone w ust. 1 powyżej, która przed dniem objęcia ochroną wyraziła zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej przez Unum na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, w tym na wysokość Sum ubezpieczenia, podpisała lub złożyła Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej), następnie została umieszczona na liście osób przystępujących do ubezpieczenia, a Składka należna obejmująca tę osobę została opłacona przed upływem terminu płatności, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
 3. Przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową Unum może wymagać od osoby, która złożyła Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia, dodatkowych informacji niezbędnych do oceny Zdolności ubezpieczeniowej, jak również może skierować tę osobę na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 4. Unum zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową lub zaproponowania odmiennych warunków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie informacji lub wyników badań, o których mowa w ust. 3 powyżej. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową na odmiennych warunkach jest wyrażenie zgody na zaproponowane zmiany przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową.
 5. Osoba, która nie spełnia warunków wskazanych w ust. 1 powyżej, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
 6. Osoby, które nie spełniają warunku wskazanego w ust. 1 pkt c) powyżej, nabywają uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po zakończeniu odpowiednio zwolnienia lekarskiego, pobytu w szpitalu, pobytu w hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym, urlopu związanego z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopu bezpłatnego, pobierania zasiłku rehabilitacyjnego, po utracie prawa do świadczenia z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy.
 7. Za dzień nabycia przez Pracownika uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową uważa się późniejszą z dat: datę zawarcia Umowy ubezpieczenia lub pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego po Dacie zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
 8. Za dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Małżonka, Partnera Życiowego lub Pełnoletnie Dziecko uważa się późniejszą z dat:
 - a) dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Pracownika, lub

- b) dzień utworzenia Wariantu dla Małżonków, Partnerów Życiowych lub Pełnoletnich Dzieci, lub
- c) pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym:
 - i. został zawarty związek małżeński – w przypadku Małżonka,
 - ii. nastąpiło osiągnięcie pełnoletniości – w przypadku Pełnoletniego Dziecka,
 z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
9. Jeżeli Data zatrudnienia, data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku Małżonka) lub data osiągnięcia pełnoletniości (w przypadku Pełnoletniego Dziecka) przypada na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, wówczas za dzień nabycia uprawnienia uważa się ten dzień.
10. Ochroną ubezpieczeniową nie zostanie objęty Małżonek, Partner Życiowy ani Pełnoletnie Dziecko, jeżeli dany Pracownik nie został objęty ochroną ubezpieczeniową.
11. Osoba, za którą nie została opłacona Składka należna, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.

§ 14. PO CZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM W ODNIESIENIU DO UBEZPIECZONEGO

1. Odpowiedzialność Unum w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w Certyfikacie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 13.
2. Odpowiedzialność Unum w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem kończy się:
 - a) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - ii. pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym ustał stosunek pracy albo umowa cywilnoprawna, na podstawie której Ubezpieczający zatrudnił Ubezpieczonego, została rozwiązana;
 - iii. Ubezpieczony rozpoczął urlop bezpłatny dłuższy niż jeden miesiąc kalendarzowy;
 - iv. Ubezpieczony rozpoczął urlop wychowawczy;
 - v. Ubezpieczony został oddelegowany do służby wojskowej;
 - vi. Ubezpieczony utracił uprawnienia do ochrony ubezpieczeniowej ze względu na niespełnienie kryterium kwalifikacji, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt d);
 - b) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - c) w ostatnim dniu terminu, o którym mowa w § 12 ust. 3 – w przypadku niezapłacenia Składki należnej;
 - d) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - e) z końcem Miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia;
 - f) w dniu upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - g) w dniu odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 6.
3. Odpowiedzialność Unum w stosunku do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem Życiowym albo Pełnoletnim Dzieckiem kończy się:
 - a) w dniu zakończenia odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem;
 - b) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony będący Małżonkiem albo Partnerem Życiowym, albo Pełnoletnim Dzieckiem ukończył 70 lat;
 - ii. ustał związek małżeński pomiędzy Ubezpieczonym będącym Pracownikiem a Ubezpieczonym będącym Małżonkiem;
 - iii. Ubezpieczony będący Pracownikiem wskazał inną osobę jako Partnera Życiowego;
 - c) w dniu śmierci Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem Życiowym albo Pełnoletnim Dzieckiem.
4. Odpowiedzialność Unum z tytułu danej Umowy dodatkowej kończy się:
 - a) w dniu rozwiązania Umowy podstawowej, lub

- b) w dniu rozwiązania danej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 powyżej.
5. W przypadku zakończenia urlopu bezpłatnego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po spełnieniu przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną warunków, o których mowa w § 13, z zastrzeżeniem że jeżeli ponowne złożenie przez Ubezpieczonego Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia nastąpi przed początkiem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym nastąpił powrót do pracy w związku z zakończeniem urlopu bezpłatnego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy, wówczas na potrzeby ustalenia okresów ograniczenia odpowiedzialności określonych w Warunkach umów dodatkowych oraz stosowania ograniczenia odpowiedzialności dotyczącego samobójstwa zgodnie z § 17 uwzględnia się okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednio przed początkiem urlopu bezpłatnego.

§ 15. ZMIANA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Umowa ubezpieczenia dla wyodrębnionych grup Ubezpieczonych może określać odmienne parametry ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, wysokości Składek oraz Sum ubezpieczenia (zwane dalej „Wariantami”).
- Parametry ubezpieczenia w ramach danego Wariantu są jednako- kowe dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w tym Wariantcie.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość Składek indywidualnych oraz wysokość Sum ubezpieczenia mogą być różne dla poszczególnych Wariantów funkcjonujących w ramach jednej Umowy ubezpieczenia. Rodzaje, w tym parametry, poszczególnych Wariantów oraz warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Wariantu określone są w Specyfikacji polisy.
- Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną w ramach tylko jednego Wariantu podstawowego.
- Ubezpieczony może zmienić Wariant lub może zostać objęty ochroną w ramach dodatkowego Wariantu, jeżeli taka możliwość została przewidziana w Specyfikacji polisy.
- Zmiana Wariantu lub objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu są możliwe po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach wnioskowanego Wariantu oraz po uzyskaniu akceptacji Unum. Zmiana Wariantu lub objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu wymaga złożenia przez Ubezpieczonego w formie pisemnej (lub innej zaakceptowanej przez Unum) wniosku o dokonanie zmiany.
- Spełnienie warunków, o których mowa w ust. 6 powyżej, powoduje zmianę Wariantu lub objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu, w tym zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości Składki oraz Sum ubezpieczenia, ze skutkiem od pierwszego dnia kolejnego Roku ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o dokonanie zmiany został złożony do Unum i przez Unum zaakceptowany przed rozpoczęciem tego kolejnego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 i ust. 9 poniżej, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.
- Zmiana Wariantu lub objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu możliwe są jedynie w przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu podpisania lub w dniu złożenia wniosku o zmianę (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania wniosków w innej formie niż pisemna) nie przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie rodzicielskim w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do których nie orzeczono niezdolności do pracy.
- Przed wyrażeniem zgody na:
 - zmianę Wariantu skutkującą rozszerzeniem zakresu ochrony lub podwyższeniem Sumy ubezpieczenia,
 - objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu,
 - podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach danego Wariantu

Unum może wymagać od Ubezpieczonego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny Zdolności ubezpieczeniowej, jak

- również może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
10. Jeżeli w dniu podpisania wniosku o zmianę lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania wniosków w innej formie niż pisemna) w stosunku do Ubezpieczonego nie zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 7 i ust. 8 powyżej, zmiana Wariantu skutkująca podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub objęcie ochroną w ramach dodatkowego Wariantu, lub podwyższeniem Sumy ubezpieczenia w ramach danego Wariantu są możliwe od pierwszego dnia Roku ubezpieczenia następującego po spełnieniu tych warunków, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.
11. W przypadku wskazanym w ust. 9 powyżej Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć określone przez Unum dokumenty potwierdzające Zdolność ubezpieczeniową.

§ 16. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

- Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, w ramach których Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego, przysługuje Uposażonemu.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych, wraz z określeniem procentowego udziału każdej z tych osób w kwocie Świadczenia.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania wcześniej wskazanych Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych.
- Wskazanie, zmiana lub odwołanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Unum pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
- Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Głównych, ale nie określił ich udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
- Uposażeni Zastępczy będą uprawnieni do otrzymania Świadczenia jedynie wtedy, gdy wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne (ust. 9 poniżej).
- Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Zastępczych, ale nie podał ich procentowego udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
- W przypadku gdy suma określonych przez Ubezpieczonego udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych osób w kwocie Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
- Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z nim. W takim przypadku udział tego Uposażonego w kwocie Świadczenia zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do wysokości ich udziałów w kwocie Świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnych Uposażonych, odwołał wcześniej wskazanych Uposażonych lub wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne (ust. 9 powyżej), Świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - małżonkowi;
 - dzieciom;
 - rodzicom;
 - rodzeństwu.
- Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności w ust. 10 powyżej wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczane do kolejnej grupy. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują Świadczenia w równych częściach.

§ 17. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 poniżej mają zastosowanie do Umowy podstawowej oraz wszystkich Umów dodatkowych zawartych w ramach Umowy ubezpieczenia, o ile postanowienia danej Umowy dodatkowej nie stanowią inaczej.
2. Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - a) Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło bezpośrednio w wyniku: działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełnił samobójstwo w okresie 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 18. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego objętej zakresem ubezpieczenia na podstawie Umowy podstawowej Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Unum, z zastrzeżeniem § 17.
2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia powinno być złożone bez zbędnej zwłoki, w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Unum.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum poinformuje Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Unum lub wysokości Świadczenia.
4. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jak również wysokości Świadczenia może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne są przeprowadzane w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Unum może uchylić się od wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, wskazanych w Warunkach umów dodatkowych, oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 4 powyżej.
6. W celu zbadania okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także ustalenia prawa do Świadczenia Unum zastrzega sobie prawo wystąpienia z wnioskiem do sądu, prokuratury, policji i innych organów i instytucji o udzielenie dodatkowych informacji i materiałów dotyczących Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum zapytywało we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych pismach niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W razie niedopełnienia powyższego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Unum nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Unum. Jeżeli powyższy obowiązek nie został dopełniony z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Unum.
8. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Unum nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do Umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

9. Unum wypłaci Świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Unum.
10. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Unum 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. Jednak bezsporną część Świadczenia Unum wypłaci w terminie określonym w ust. 9 powyżej.
11. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej konieczne jest przedstawienie Unum następujących dokumentów:
 - a) prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) karty zgonu lub jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - d) kopii dokumentów tożsamości Uposażonych albo innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności wypłaty Świadczenia – na wniosek Unum.
12. Podstawą ustalenia odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy podstawowej jest komplet wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, o których mowa w ust. 11 powyżej. W przypadku ich braku Unum może uchylić się od wypłaty Świadczenia.
13. W przypadku odmowy przez Unum wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia w całości lub części Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia może złożyć odwołanie do Unum, które zostanie rozpatrzone w trybie rozpatrywania skarg i reklamacji określonym w § 20.
14. W przypadku przedstawienia kopii dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, wskazanych w ust. 11 powyżej oraz w Warunkach umów dodatkowych, kopie te powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza albo instytucję, która wydała dokument, albo przez osoby upoważnione przez Unum.
15. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia zobowiązana jest do dostarczenia do Unum dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do Świadczenia przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Unum nie pokrywa kosztów tłumaczenia.

§ 19. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony będący Pracownikiem, którego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia zakończyła się z powodów, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt a) tiret ii, iii, iv lub vi, a wówczas także jego Małżonek, Partner Życiowy oraz Pełnoletnie Dziecko (o ile byli objęci ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia) mogą bez udokumentowania zdolności ubezpieczeniowej zawrzeć z Unum umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Warunkiem zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie jest łączne spełnienie następujących warunków:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, udzielana przez Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, do którego to okresu, pod warunkiem zachowania ciągłości, zaliczony zostanie okres obejmowania tej osoby ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego;
 - b) pisemny wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie został złożony przed upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania przez Unum osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - c) zapłata pierwszej składki z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie zostanie dokonana przed

upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania przez Unum osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż składkę uważa się za opłaconą w dacie uznania rachunku bankowego Unum.

3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie może zostać zawarta na warunkach zaproponowanych przez Unum, a składka ubezpieczeniowa zostanie wyliczona w oparciu o aktualny Wiek osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, i klasę ryzyka obowiązującą na dzień zawarcia tej umowy. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie będzie potwierdzone polisą.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego określona w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej w ramach Umowy ubezpieczenia zastrzeżonej dla osoby wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, o ile osoba wnioskująca i Unum nie postanowią inaczej.
5. W przypadku zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym rozwiązana została umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie i po spełnieniu przez osobę wnioskującą o objęcie ochroną warunków, o których mowa w § 13, oraz po zweryfikowaniu przez Unum jej Zdolności ubezpieczeniowej.
6. Ponowne przystąpienie do Umowy ubezpieczenia bez rozwiązania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub bez poddania się weryfikacji medycznej jest bezskuteczne. Unum dokona wówczas zwrotu Składek wpłaconych z tego tytułu.

§ 20. SKARGI I REKLAMACJE

1. Skargi lub reklamacje dotyczące usług świadczonych przez Unum mogą być składane w następujący sposób:
 - a) w formie pisemnej:
 - i. korespondencyjnie na adres siedziby lub oddziału Unum;
 - ii. osobiście w siedzibie lub oddziale Unum;
 - b) ustnie: pod numerem tel. 800 33 55 33 albo osobiście w siedzibie lub oddziale Unum;
 - c) w formie elektronicznej na adres e-mail: kontakt@unum.pl.
2. Umocowany pracownik Unum rozpatrzy i udzieli pisemnej odpowiedzi na skargę lub reklamację bez zbędnej zwłoki, jednakże nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wskazanym terminie, Unum poinformuje osobę składającą skargę lub reklamację o przyczynach niedotrzymania terminu, wskaże okoliczności, które muszą zostać

ustalone dla jej rozpatrzenia, oraz wskaże nowy termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub reklamację, nie dłuższy jednak niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.

3. W przypadku gdy odpowiedź Unum nie będzie satysfakcjonująca, wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego lub do Komisji Nadzoru Finansowego, której nadzorowi podlega Unum. Dodatkowo konsument ma prawo zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
4. W przypadku sporu sprawa może zostać skierowana do pozasądowego postępowania prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: www.rf.gov.pl) lub na drogę sądową.

§ 21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia, dotyczące Umowy ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, o ile Unum nie udostępni możliwości składania zawiadomień, oświadczeń lub wniosków w innej formie.
2. Unum, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować o każdej zmianie adresu korespondencyjnego.
3. Pisma skierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego wysyłane są na ich ostatni znany Unum adres korespondencyjny.
4. Osoby uprawnione z tytułu Umowy ubezpieczenia nie mogą przenieść swych uprawnień wobec Unum na rzecz osób trzecich bez uprzedniej pisemnej zgody Unum.
5. Jakikolwiek podatek i opłaty związane ze Świadczeniem, jeżeli są lub będą wymagane, nie obciążają Unum. Opodatkowanie Świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują właściwe przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych (jeśli Świadczenie przypada osobie fizycznej) oraz o podatku dochodowym od osób prawnych (jeśli Świadczenie przypada osobie prawnej). Przepisy te mogą podlegać zmianom, na które Unum nie ma wpływu.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia, jak również spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia.
7. Unum ujawnia sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na swojej stronie internetowej pod adresem www.unum.pl.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, Warunkami umów dodatkowych lub Umową ubezpieczenia zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, które jest prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia.
9. Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 OWU, a także jeżeli śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopie dokumentów tożsamości Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚWK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚWK stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚWK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
 - b) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego;
 - b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Wypadku komunikacyjnego;
 - c) Wypadek komunikacyjny i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 OWU, a także jeżeli śmierć na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdu komunikacyjnego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zaistnienia Wypadku komunikacyjnego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚWK.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU W PRACY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚWP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚWP stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚWP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚWP definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
 - i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego na rzecz pracodawcy w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem ww. czynności lub poleceń;
 - ii. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej;
 - iii. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tiret i. powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek w pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Unum protokole powypadkowym, sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku w pracy;
- b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Wypadku w pracy;
- c) Wypadek w pracy i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Od odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 OWU, a także jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku w pracy;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- d) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
- e) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, regulaminu pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Wypadku w pracy, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami ŚWP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopie dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę; protokoły BHP) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚZU stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚZU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU wprowadza się następujące definicje:
 - a) Śmierć **na skutek udaru mózgu** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego i którego wystąpienie poparte jest dokumentacją medyczną;
 - b) Śmierć **na skutek zawału mięśnia sercowego** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego i którego wystąpienie poparte jest dokumentacją medyczną.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierci na skutek udaru mózgu był odpowiednio zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu;
- b) zarówno zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, jak i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU nie zostanie wypłacone:
 - a) w przypadkach określonych w § 17 OWU, a także:
 - b) jeżeli Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu nastąpiła bezpośrednio w wyniku odpowiednio zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobami, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego lub z powodu których u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach Umowy dodatkowej

zawartej na podstawie Warunków ŚZU, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 powyżej.

2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU, postanowienia ust. 1 pkt b) powyżej nie mają zastosowania.
3. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 1 pkt b) powyżej – pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z zawałem serca lub udarem mózgu, którego bezpośrednim następstwem była Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu – została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) zawał serca lub udar mózgu, jak również Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu miały miejsce w okresie odpowiedzialności Unum wobec Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU;
 - b) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
 - c) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - d) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
4. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU, z zastrzeżeniem ust. 4 powyżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zdiagnozowania zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami ŚZU.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci

(np. protokół badania sekcyjnego, kartę wyjazdową pogotowia ratunkowego, wynik badania EKG, wynik badania TK, dokumentację medyczną z procesu diagnostyki i leczenia choroby niedokrwiennej serca lub udaru mózgu);

- d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
- e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚMP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMP stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚMP definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera Życiowego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP jest śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 6 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków ŚMP, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP odpowiedzialność Unum z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie

Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć małżonka lub partnera życiowego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, a także jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera Życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami ŚMP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚMPNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawie nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMPNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚMPNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera Życiowego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW jest śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- b) śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, a także jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera Życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW;
- c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami ŚMPNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami ŚMPWK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMPWK stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMPWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚMPWK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
 - b) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera Życiowego. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Małżonek albo Partner Życiowy poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK jest śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego;
- b) śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Wypadku komunikacyjnego;
- c) Wypadek komunikacyjny i śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków ŚMPWK.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, a także jeżeli śmierć

Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera Życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK;
- c) prowadzenia przez Małżonka albo Partnera Życiowego Pojazdu komunikacyjnego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- d) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- e) pozostawiania przez Małżonka albo Partnera Życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚMPWK.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami ŚD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚD stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe i które nie ukończyło 25 lat.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD jest śmierć Dziecka, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Dziecka, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚD.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami ŚDNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚDNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚDNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚDNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe i które nie ukończyło 25 lat;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW jest śmierć Dziecka, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Dziecka były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- b) śmierć Dziecka nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Dziecka nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Od odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚDNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami ŚR**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚR stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚR określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚR definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Macocho** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka lub wdowę po ojcu Małżonka (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Małżonka;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka lub wdowca po matce Małżonka (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędącego biologicznym ojcem Małżonka;
 - d) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub ojciec lub matka Małżonka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR jest śmierć Rodzica, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej na podstawie Warunków ŚR.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 6 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR odpowiedzialność Unum z tytułu śmierci Rodzica niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku śmierci Rodzica niespowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć rodzica;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obowiązywania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej, ale nie później niż po wypłaceniu Ubezpieczonemu czwartego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej postanowień § 17 OWU nie stosuje się.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Rodzica, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚR.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) w przypadku śmierci Rodzica Małżonka – oryginał aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami ŚRNN**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚRNN stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚRNN określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki ŚRNN definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Macocho** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka lub wdowę po ojcu Małżonka (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Małżonka;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym wstępujących nagle);
 - c) **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka lub wdowca po matce Małżonka (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędącego biologicznym ojcem Małżonka;
 - d) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego lub ojciec lub matka Małżonka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN jest śmierć Rodzica, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- b) śmierć Rodzica nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Rodzica nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Od odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN rozpoczyna się i kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej, ale nie później niż po wypłaceniu Ubezpieczonemu czwartego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Rodzica będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę Nieszczęśliwego wypadku Rodzica, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami ŚRNN.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNN w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) w przypadku śmierci Rodzica Małżonka – oryginał aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 9-13 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 w związku z § 2.</p> <p>Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone:</p> <ul style="list-style-type: none"> – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami UNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także Złamanie. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;
 - c) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UNW;
 - d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jednak nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW, aktualnej na dzień Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przecięcia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się trwałego Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany

- zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW.
 9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
 10. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
 11. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
 12. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami UNW.
 13. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3, ust. 5 i ust. 7–9 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4 i ust. 6 w związku z § 2.</p> <p>Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, rozpoczynające się od słowa „Uwaga”, umieszczone po pkt 1, 4, 5, 9, 12 i 13 przedmiotowej Tabeli.</p>

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami UZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UZU stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UZU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, która stanowi integralną część Warunków UZU;
 - b) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy, który wywołuje następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami następujących badań obrazowych: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się wyłącznie:
 - i. porażenie i niedowład kończyn;
 - ii. zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - iii. padaczkę poudarową;
 - iv. uszkodzenie ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - v. zaburzenia mowy;
 - vi. encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu). Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowo-związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.

W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
 - c) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru

mózgu. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;

- d) **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z trzech niżej wymienionych objawów:
 - i. typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - ii. świążych zmian w EKG sugerujących zawał mięśnia sercowego,
 - iii. stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału mięśnia sercowego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu;
- b) Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu powodujący Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego został zdiagnozowany w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU;
- c) Uszczerbek na zdrowiu spowodowany Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu, który spowodował u Ubezpieczonego Uszczerbek na zdrowiu, nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU nie zostanie wypłacone także, jeżeli Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał bezpośrednio w wyniku Zawału mięśnia sercowego pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą niedokrwinną serca, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której

u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
4. Jeżeli choroba niedokrwienność serca, o której mowa w ust. 2 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Zawałem serca będącym bezpośrednią przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się,
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące

określony w Tabeli Norm dla danego Uszczerbku na zdrowiu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, określonej w Specyfikacji polisy.

3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu Świadczenie może być wypłacone maksymalnie za 100% Uszczerbku na zdrowiu. Suma Świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej, określonej w Specyfikacji polisy.
5. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu w obrębie kończyny, organu, układu lub narządu, których funkcje były upośledzone przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone jako różnica pomiędzy upośledzeniem funkcji danego narządu, organu, układu lub kończyny przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu i po jego wystąpieniu.
7. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami UZU.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 9–15 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 i ust. 16 w związku z § 2.</p> <p>Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone:</p> <ul style="list-style-type: none"> – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZEBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami UMPNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UMPNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UMPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UMPNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera Życiowego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;
 - c) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UMPNW;
 - d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, niepowodujące trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW jest Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, a także jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący powstanie Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera Życiowego w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Małżonka albo Partnera Życiowego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka albo Partnera Życiowego;
- c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Życiowego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jednak nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Małżonka albo Partnera Życiowego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW, aktualnej na datę Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.

7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru) wywołującego skutek nałożenia się trwałego Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Małżonka albo Partnera Życiowego zmiany zwyrodnieniowe rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych.
 8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego wcześniej na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.
 9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego.
 10. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Małżonka albo Partnera Życiowego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
 11. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
 12. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami UMPNW.
 13. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - d) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia i rehabilitacji;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku Małżonka albo Partnera Życiowego wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera Życiowego o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka lub Partnera Życiowego – w tym dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.
14. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW, jak również jego wysokości może skierować Małżonka albo Partnera Życiowego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 13 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 14 powyżej.
 16. Jeżeli Małżonek albo Partner Życiowy odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 14 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 9-15 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 i ust. 16 w związku z § 2.</p> <p>Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone:</p> <ul style="list-style-type: none"> – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami UDNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UDNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UDNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1 miesiąc i nie ukończyło 25 lat;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także Złamanie. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;
 - d) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UDNW;
 - e) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW jest Uszczerbek na zdrowiu Dziecka, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW rozpoczyna się oraz kończy na

zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Dziecka, nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jednak nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Dziecka w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku, w odniesieniu do jednego Dziecka, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW, aktualnej na datę Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu Dziecka po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu Dziecka powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się trwałego

Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Dziecka zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka.

8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.
 9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
 10. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Dziecka będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
 11. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
 12. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami UDNW.
 13. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku Dziecka wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat – pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.
14. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW, jak również jego wysokości może skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 13 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 14 powyżej.
 16. Jeżeli Dziecko odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 14 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM LUB CHOROBA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami TNP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami TNP stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach TNP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki TNP definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe);
 - c) **Niezdolność do pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, czyli nierokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z tytułu której mógłby uzyskiwać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
 - d) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - i. zdiagnozowano u Ubezpieczonego Chorobę – w przypadku Niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą;
 - ii. wystąpił Nieszczęśliwy wypadek – w przypadku Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP jest:

1. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy był Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP;
 - b) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego została stwierdzona w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Niezdolność do pracy powstała w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP i trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, a na zakończenie tego okresu pozostawała całkowita i trwała, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na

odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości.

2. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego na skutek Choroby, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy była Choroba, która została zdiagnozowana w okresie trwania odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2-4;
 - b) Niezdolność do pracy powstała w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP i trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty zdiagnozowania Choroby, a na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU oraz jeżeli Niezdolność do pracy powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) obrażeń odniesionych w czasie popełniania przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00–F99).
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do pracy Ubezpieczonego powstała bezpośrednio w wyniku Choroby, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
4. Jeżeli Choroba, o której mowa w ust. 2 powyżej – będąca bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego – została zdiagnozowana u Ubezpieczonego

lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował niezdolność do pracy ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
- b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
- c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
- d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej

umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami TNP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną potwierdzającą zasadność roszczenia;
 - d) zwolnienia lekarskie;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2, ust. 4 i ust. 7–9 w związku z § 2.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 i ust. 5–6 w związku z § 2.</p> <p>Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone:</p> <ul style="list-style-type: none"> – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ZE ŚWIADCZENIAMI WYPŁACANYMI W RATACH

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami TINW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TINW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach TINW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki TINW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe);
 - b) **Trwałe inwalidztwo** – co najmniej 50-procentowy Uszczerbek na zdrowiu spowodowany tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Norm;
 - c) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków TINW;
 - d) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW jest Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW;
- c) Trwałe inwalidztwo powstało w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku i zostało stwierdzone na podstawie diagnozy medycznej potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim;
- d) obrażenia ciała skutkujące Trwałym inwalidztwem występowały przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, po upływie tego okresu pozostały całkowite i trwałe, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań poprawy stanu zdrowia.

W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego anatomiczną utratę kończyny górnej lub dolnej na skutek Nieszczęśliwego wypadku postanowienia pkt c) i pkt d) powyżej nie mają zastosowania.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie jednorazowe oraz Świadczenia w formie rat miesięcznych w wysokości ustalonej na podstawie Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy. Wysokość Świadczenia jednorazowego oraz wysokość Świadczenia w formie rat miesięcznych określone są w Specyfikacji polisy.
3. Świadczenie w formie rat miesięcznych będzie wypłacane przez Unum przez okres wskazany w Specyfikacji polisy, począwszy od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia jednorazowego.
4. Rodzaj i stopień Trwałego inwalidztwa ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
5. Z tytułu Trwałego inwalidztwa powstałego u Ubezpieczonego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na dzień Nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji organu, narządu, układu lub kończyny, które powstały u Ubezpieczonego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW, przy ocenie stopnia Trwałego inwalidztwa na skutek

Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Unum, uwzględniany będzie stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejący uprzednio, a Świadczenie będzie należne w przypadku, gdy wartość procentowa orzeczonego Uszczerbku na zdrowiu pomniejszona o stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wyniesie nie mniej niż 50%.

7. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami TINW.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW w oparciu o:

- a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
- b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
- c) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia i rehabilitacji;
- d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
- e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1– 2, ust 4 i ust. 7– 8 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3, ust. 5–6 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami PCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PCH stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PCH określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PCH definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnej choroby Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Za Poważną chorobę Ubezpieczonego objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju *Echinococcus*. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniami parazytologicznymi lub histopatologicznymi zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
3. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocnej utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że utrata wzroku utrzymywała się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
4. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (pląsawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa

prawo do Świadczenia, w przypadku gdy diagnoza została postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów pląsawicznych i ośpienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).

6. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *Progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („*Activities of Daily Living*”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej,
 - b) zdolność do ubierania/rozbierania się,
 - c) korzystanie z toalety, zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca,
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel,
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
8. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
9. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku rozpoznania dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
10. Wyłącznie taki łagodny (niezłośliwy) guz mózgu, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego,

a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy rdzenia kręgowego.

W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

11. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej**, który oznacza stan chorobowy wymagający usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub z prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie (embolektomię chirurgiczną) wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.
12. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³,
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
13. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
14. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- d) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- e) raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

15. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego

kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

16. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczęcia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci: angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
17. Wyłącznie taką **Operację wszczęcia protezy aortalnej**, która oznacza przebiecie operacji wszczęcia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszonym lub piersiowym. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczęciu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
18. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.
19. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Pierwotne nadciśnienie płucne spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
20. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie Piorunującego zapalenia wątroby opiera się na stwierdzeniu u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej objawów:
 - a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
 - b) martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy:
 - i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie mięszu wątroby oraz
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
21. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli diagnoza zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
22. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub

- b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
- c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
23. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę oraz
 - wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
24. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
25. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczzonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkiem cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
26. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
27. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych:
- niedowładu kończyn,
 - zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
- Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Ostateczne rozpoznanie Stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).
- W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
28. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia u Ubezpieczonego trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.
29. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
30. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
31. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy neurologiczne i trwałe następstwa wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Za objawy neurologiczne i trwałe następstwa uznaje się:
- porażenia i niedowłady kończyn;
 - zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - padaczkę poudarową;
 - uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - zaburzenia mowy;
 - encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
- Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Trwałość któregokolwiek z powyższych następstw lub objawów neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty rozpoznania Udaru mózgu.
- W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
- Za Udar mózgu nie uznaje się:
- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - udar mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - skutków choroby dekompresyjnej;
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika.
32. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
33. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańcuchów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.
34. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych „czynności życia codziennego”:

- a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
- f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

35. Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie całkowitej utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczęciu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
36. Wyłącznie takie **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które oznacza postać choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i z powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszy im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie Wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.
37. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
38. Wyłącznie taki **Zaawansowany stan otępienny (w tym chorobę Alzheimera)**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimera lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimera to postępująca choroba degeneracyjna mózgu, cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Trwałe otępienie funkcji umysłu innego rodzaju (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie wymienione niżej warunki:
- a) trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - b) istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;

- c) konieczność sprawowania stałego nadzoru nad Ubezpieczonym, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.

Wymienione powyżej dysfunkcje muszą pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą Alzheimera lub trwałym otępieniem funkcji umysłu innego rodzaju.

39. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwicze zapalenie trzustki), czyli agresywną postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwiczych. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest potwierdzenie martwicy trzustki na podstawie wyniku tomografii komputerowej (TK) oraz potwierdzenie zakażenia w oparciu o dodatni wynik badania bakteriologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) trzustki.

40. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w wyniku:

- a) kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
- b) zranienia podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:

- a) do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH;
- b) w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
- c) Ubezpieczony przedstawił ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
- d) w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów:

Lekarze i stomatolodzy	Pielęgniarki (pielęgniarze)
Pracownicy laboratoriów	Szpitalny personel pomocniczy
Asystenci medyczni i stomatologiczni	Ratownicy medyczni i inni członkowie załóg pogotowia ratunkowego lub zespołów ratowniczych
Położne	Strażacy
Policjanci	Strażnicy więzienni

W przypadkach gdy istnieją odpowiednie regulaminy pracy odnoszące się do wypadków w pracy, wypadek musi zostać zgłoszony zgodnie z przyjętym regulaminem pracy lub innymi przepisami obowiązującymi w danym zawodzie i uznanymi przez pracodawcę.

41. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie Ubezpieczonego ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV):

- a) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację

medyczną, zgodną z obowiązującymi standardami medycznymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, oraz

b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Unum zastrzega sobie prawo dostępu do próbek krwi Ubezpieczonego oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.

42. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Ubezpieczonego przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałą i nieodwracalną niezdolności Ubezpieczonego do:

- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
- porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

43. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:

- typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
- świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
- stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

44. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunek), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).

45. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.

46. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przeprowadzenie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany

jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.

47. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. z pominięciem pełnej sternotomii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.

48. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw neurologicznych przez 6 tygodni od dnia rozpoznania udaru mózgu.

W odniesieniu do Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uważa się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- skutków choroby dekompresyjnej.

49. Wyłącznie takie **Wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym.

Wczesne stadium stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia z tytułu Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.

W odniesieniu do Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH jest wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Ubezpieczonego którejkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy dodatkowej. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego niespodowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespodowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę ubezpieczonego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Poważna choroba Ubezpieczonego wystąpiła bezpośrednio w wyniku:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze, o którym mowa w ust. 2 powyżej, dotyczące Poważnej choroby zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne choroby ubezpieczonego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Poważnej choroby zdefiniowanej w § 3 ust. 1–45 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - b) w przypadku Poważnej choroby zdefiniowanej w § 3 ust. 46–49 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
3. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych chorób należących do tej samej grupy, wskazanej w pkt a) – d) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH:
 - a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Stwardnienie rozsiane oraz Wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
 - c) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - d) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 i ust. 3 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.
5. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH zostaną wyłączone:
 - a) Poważna choroba, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH oraz te Poważne choroby, które z tą Poważną chorobą pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem pkt c) poniżej,
 - b) Poważne choroby należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 3 pkt a) – d) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Poważnych chorób należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH,
 - c) wyłącznie ten Nowotwór złośliwy (jednostka chorobowa), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym (jednostką chorobową) w związku przyczynowo-skutkowym (w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego).
6. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku gdy z tytułu poszczególnych Poważnych chorób należne byłyby Świadczenia o różnej wysokości, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Poważnej choroby, dla której należne jest Świadczenie najwyższe.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PCH.
8. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. historię choroby, opisy wyników badań);
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i ust. 5-6 w związku z § 2 i § 3.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.</p>

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami LSP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSP stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach LSP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki LSP definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Ubezpieczonego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu;
 - b) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - i. podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej, Leczenia przeciwwirusowego;
 - ii. podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - iii. doszło do Wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - iv. wykonano Ablację;
 - v. wykonano pierwszą dializę w przypadku zastosowanej po raz pierwszy Dializoterapii.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA UBEZPIECZONEGO

1. **Ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
2. **Chemioterapia** – systemowe leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
3. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
4. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
5. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca;
6. **Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C;
7. **Dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krótkowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
8. **Leczenie przeciwwirusowe** – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C, mające na celu zahamowanie replikacji wirusa HBV lub eliminację wirusa HCV.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP jest Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP. Dniem

rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Leczenie specjalistyczne było spowodowane:
 - a) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej lub w przypadku, gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a także jeżeli skierowanie na Leczenie specjalistyczne, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków LSP jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
 Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 i ust. 2.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP będzie zredukowany o tę procedurę przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te procedury Leczenia specjalistycznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli pomiędzy poszczególnymi procedurami przeprowadzonymi u Ubezpieczonego w ramach Leczenia specjalistycznego z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami LSP.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną dotyczącą zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 6–7 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami CHN**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami CHN stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach CHN określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki CHN definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba nowotworowa** – Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - b) **Nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- i. guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- ii. wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- iii. mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- iv. nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM [łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji];
- v. rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

- c) **Nowotwór o granicznej złośliwości** – wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - i. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - ii. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - iii. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
 - iv. raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagającego zabiegu operacyjnego;

- v. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego wymagające:
 - a. zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - b. więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej Choroby nowotworowej, tj.:

- a) Nowotworu złośliwego;
- b) Nowotworu o granicznej złośliwości.

Diagnoza Choroby nowotworowej musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie pierwszych 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 10% Świadczenia, które byłoby wypłacone z tytułu Nowotworu o granicznej złośliwości, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN odpowiedzialność Unum z tytułu zdiagnozowania Choroby nowotworowej w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się jedynie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby, w tym diagnozę choroby nowotworowej;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obowiązywania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum

ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba nowotworowa wystąpiła bezpośrednio w wyniku chorób powstałych w następstwie zakażenia wirusem HIV.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy postępowanie diagnostyczne lub lecznicze Choroby nowotworowej trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy Choroba nowotworowa pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Choroby nowotworowej, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą nowotworową została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby, w tym diagnozę nowotworu złośliwego lub nowotworu o granicznej złośliwości;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 1 i ust. 2, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu:
 - a) w przypadku Nowotworu złośliwego – Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej aktualnej na dzień zdiagnozowania tego Nowotworu złośliwego, określonej w Specyfikacji polisy;
 - b) w przypadku Nowotworu o granicznej złośliwości – Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej aktualnej na dzień zdiagnozowania tego Nowotworu o granicznej złośliwości, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Świadczenia z tytułu Choroby nowotworowej Unum nie będzie ponosić odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej (jednostki chorobowej), z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej (jednostki chorobowej) pozostającej w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą nowotworową (jednostką chorobową), z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia ust. 4 powyżej nie mają zastosowania w przypadku, gdy zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba nowotworowa w postaci Nowotworu o granicznej złośliwości, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, zmieni stadium i spełni definicję Nowotworu złośliwego. Wówczas łączna wysokość Świadczeń wypłaconych w związku ze zdiagnozowaniem ww. Nowotworu o granicznej złośliwości oraz ww. Nowotworu złośliwego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej, określonej w Specyfikacji polisy.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami CHN.
7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. dokumentację medyczną z procesu diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej);
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i ust. 5-6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami LSPO**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPO stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPO określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki LSPO definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - i. podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Hormonoterapii i Terapii celowanej;
 - ii. podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - iii. rozpoczęto procedurę leczenia – w przypadku Immunoterapii;
 - b) **Leczenie specjalistyczne onkologiczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Ubezpieczonego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA UBEZPIECZONEGO

1. **Chemioterapia** – systemowe leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
2. **Immunoterapia** – ogół metod leczenia choroby nowotworowej wykorzystujący układ immunologiczny;
3. **Hormonoterapia** – farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby;
4. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
5. **Terapia celowana** – spersonalizowana metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej na nieprawidłowe komórki nowotworowe bez naruszenia zdrowej tkanki.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO jest Leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego onkologicznego.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości równej 10%

- Sumy ubezpieczenia, aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego onkologicznego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
 3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne, w tym procedury leczenia specjalistycznego onkologicznego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
 5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone, jeżeli Leczenie specjalistyczne onkologiczne było spowodowane:
 - a) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - b) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne onkologiczne zostało wystawione przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej lub w przypadku gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego onkologicznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową

przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a także jeżeli skierowanie na Leczenie specjalistyczne onkologiczne, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego onkologicznego, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków LSPO jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne, w tym procedury leczenia specjalistycznego onkologicznego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 i ust. 2.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO wyłączona zostanie ta procedura przeprowadzona w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te procedury Leczenia specjalistycznego onkologicznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli pomiędzy poszczególnymi procedurami przeprowadzonymi u Ubezpieczonego w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami LSPO.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną dotyczącą zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2, ust. 4 i ust. 7–8 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3, ust. 5–6 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami CHK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami CHK stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach CHK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki CHK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Choroba układu krążenia** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Za Chorobę układu krążenia objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego, i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i trwałe następstwa neurologiczne uznaje się:

- a) porażenia i niedowład kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę poudarową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Trwałość któregośkolwiek z powyższych objawów lub następstw neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty diagnozy choroby.

W odniesieniu do Udar mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

Za Udar mózgu nie uznaje się:

- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - d) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - e) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - f) skutków choroby dekompresyjnej.
2. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
 - a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
 3. Wyłącznie taką **Kardiomiopatię**, która oznacza upośledzenie funkcji mięśnia lewej komory serca o różnej etiologii, skutkujące nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali NYHA (Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne).
 4. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza przeprowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczęcia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
 5. Wyłącznie taką **Operację tętniaka mózgu**, która oznacza zabieg polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem klasycznej metody neurochirurgicznego klipsowania (operacja z otwarciem czaszki).
 6. Wyłącznie taką **Operację wszczęcia protezy aortalnej**, która oznacza przeprowadzenie operacji wszczęcia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczęciu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
 7. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
 8. Wyłącznie taką **Transplantację mięśnia sercowego**, która oznacza zabieg operacyjny przeszczepu mięśnia sercowego będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. W zakresie definicji mieści się zakwalifikowanie na listę

biorców oczekujących na przeszczep (KLO Poltransplant), przy czym za dzień przeprowadzenia Transplantacji mięśnia sercowego uznaje się dzień wpisania na listę KLO Poltransplant.

9. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przeprowadzenie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
10. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcyjnego zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. pełnej sternotomii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.

11. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowład kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do wypłaty Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw neurologicznych przez 6 tygodni od dnia diagnozy choroby.

W odniesieniu do Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uważa się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- skutków choroby dekompresyjnej.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK jest wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby układu krążenia, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 10% Świadczenia, jakie zostałyby wypłacone z tytułu Choroby układu krążenia, o której mowa w § 3 ust. 9-11, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK odpowiedzialność Unum z tytułu Choroby układu krążenia Ubezpieczonego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby, w tym diagnozę choroby układu krążenia;
 - ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
- Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Choroba układu krążenia Ubezpieczonego powstała bezpośrednio w wyniku:
 - próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - popęśnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku Choroby układu krążenia, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą układu krążenia została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub, z powodu której postępowanie diagnostyczne

lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze, o którym mowa w ust. 2 powyżej, dotyczące Choroby układu krążenia zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą układu krążenia, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby, w tym diagnozę choroby układu krążenia;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia,
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej oraz § 5 ust. 1 i ust. 2, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Choroby układu krążenia zdefiniowanej w § 3 ust. 1–8 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - b) w przypadku Choroby układu krążenia zdefiniowanej w § 3 ust. 9–11 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy

dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

3. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Chorób układu krążenia należących do tej samej grupy, wskazanej w pkt a) – c) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK:
 - a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - c) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 i ust. 3 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.
5. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK zostaną wyłączone:
 - a) Choroba układu krążenia, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, oraz te Choroby układu krążenia, które z tą Chorobą układu krążenia pozostają w związku przyczynowo-skutkowym;
 - b) Choroby układu krążenia należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 3 pkt a) –c) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Chorób układu krążenia należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
6. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Choroby układu krążenia wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Choroby układu krążenia, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku gdy z tytułu poszczególnych Chorób układu krążenia należne byłoby Świadczenia o różnej wysokości, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Choroby układu krążenia, dla której należne jest Świadczenie najwyższe.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami CHK.
8. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. historię choroby, opisy wyników badań);
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
<p>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i ust. 5-6 w związku z § 2 i § 3.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.</p>

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami LSPK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPK stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki LSPK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dzień zdarzenia** – dzień przeprowadzenia u Ubezpieczonego procedury leczenia wymienionej i zdefiniowanej w § 3;
 - b) **Leczenie specjalistyczne kardiologiczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA UBEZPIECZONEGO

1. **Ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
2. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu przezskórnej angioplastyki balonowej (PTCA) lub innej podobnej metody przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych;
3. **Embolizacja tętniaka tętnic mózgowych** – zabieg wewnątrz-naczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrz-naczyniowa za pomocą spiral);
4. **Walwuloplastyka balonowa** – zabieg polegający na mechanicznym poszerzeniu zwężonej zastawki serca za pomocą cewnika zakończonego balonem;
5. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
6. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK jest Leczenie specjalistyczne kardiologiczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego

- dnia, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego kardiologicznego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
 3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne, w tym procedury leczenia specjalistycznego kardiologicznego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
 5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Leczenie specjalistyczne kardiologiczne było spowodowane:
 - a) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne kardiologiczne zostało wystawione przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej lub w przypadku gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego kardiologicznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone, w przypadku

gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej – pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego – została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu którego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a także jeżeli skierowanie na Leczenie specjalistyczne kardiologiczne, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków LSPK jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek leczenia specjalistycznego w tym procedury leczenia specjalistycznego kardiologicznego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum

ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 i ust. 2.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK wyłączona zostanie ta procedura przeprowadzona w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te procedury Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli pomiędzy poszczególnymi procedurami przeprowadzonymi u Ubezpieczonego w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami LSPK.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną dotyczącą zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2, ust. 4 i ust. 7–10 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3, ust. 5–6 i ust. 11 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami PCHM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PCHM stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PCHM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PCHM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnej choroby Małżonka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY MAŁŻONKA

Za Poważną chorobę Małżonką objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Małżonka, oraz wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Małżonka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju Echinococcus. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniami parazytologicznymi lub histopatologicznymi zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
3. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznej utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że Utrata wzroku utrzymywała się u Małżonka nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
4. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (płasawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa

prawo do Świadczenia, w przypadku gdy diagnoza została postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów płasawicznych i ośpienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).

6. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje następujące jednostki: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszki (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („*Activities of Daily Living*”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej,
 - b) zdolność do ubierania/rozbierania się,
 - c) korzystanie z toalety, zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca,
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel,
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
8. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
9. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku rozpoznania u Małżonka dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
10. Wyłącznie taki Łagodny (**niezłośliwy**) **guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego,

a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy rdzenia kręgowego.

W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

11. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej**, który oznacza stan chorobowy wymagający usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie (embolektomię chirurgiczną) wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.
12. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³,
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
13. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczepu nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
14. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
 - a) guzy opisywane jako nowotwory *in situ* (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e) raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria *microcarcinoma* w ocenie histopatologa.
 W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
15. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem

właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

16. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza przeprowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci: angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
17. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przeprowadzenie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
18. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się u Małżonka po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM.
19. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba spowoduje u Małżonka trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Małżonka wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
20. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Małżonka wszystkich wymienionych niżej objawów:
 - a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
 - b) martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Małżonka wykazują następujące cechy:
 - i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie mięszu wątroby oraz
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
21. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli diagnoza zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
22. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Małżonka do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub

- b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
- c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
23. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego u Małżonka. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę oraz
 - wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
24. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
25. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczzonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkiem cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako Ropień mózgu.
26. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
27. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie u Małżonka co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych:
- niedowładu kończyn,
 - zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
- Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Ostateczne rozpoznanie Stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe). W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
28. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający u Małżonka łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych u Małżonka utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.
29. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
30. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
31. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Za objawy i trwałe następstwa neurologiczne uznaje się:
- porażenia i niedowłady kończyn;
 - zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - padaczkę poudarową;
 - uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - zaburzenia mowy;
 - encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
- Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Trwałość któregokolwiek z powyższych następstw lub objawów neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty diagnozy choroby.
- W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
- Za Udar mózgu nie uznaje się:
- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - skutków choroby dekompresyjnej;
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika.
32. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji Małżonka.
33. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.
34. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Małżonek przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych „czynności życia codziennego”:

- a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym w stosownych przypadkach wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
- f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza za trwały.

35. Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie całkowitej Utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Małżonek może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczęciu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
36. Wyłącznie takie **Wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które oznacza postać choroby wrzodzącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i z powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszy im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie Wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.
37. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (Rabies virus).
38. Wyłącznie taki **Zaawansowany stan otępienny (w tym chorobę Alzheimer)**, który oznacza rozpoznanie u Małżonka choroby Alzheimer lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimer to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Trwałe otępienie funkcji umysłu innego rodzaju (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione u Małżonka wszystkie wymienione niżej warunki:
- a) trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - b) istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimer lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;
 - c) konieczność sprawowania stałego nadzoru nad Małżonkiem, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.
- Wymienione powyżej dysfunkcje muszą pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą Alzheimer lub trwałym otępieniem funkcji umysłu innego rodzaju.
39. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwicze zapalenie trzustki), czyli agresywną

postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwiczych. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest potwierdzenie martwicy trzustki na podstawie wyniku tomografii komputerowej (TK) oraz potwierdzenie zakażenia w oparciu o dodatni wynik badania bakteriologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) trzustki.

40. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w wyniku:

- a) kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Małżonka zwykłych obowiązków zawodowych;
- b) zranienia podczas wykonywania przez Małżonka zwykłych obowiązków zawodowych.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:

- a) do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Małżonka obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM;
- b) w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
- c) Małżonek przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
- d) w organizmie Małżonka wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów:

Lekarze i stomatolodzy	Pielęgniarki (pielęgniarze)
Pracownicy laboratoriów	Szpitalny personel pomocniczy
Asystenci medyczni i stomatologiczni	Ratownicy medyczni i inni członkowie załóg pogotowia ratunkowego lub zespołów ratowniczych
Położne	Strażacy
Policjanci	Strażnicy więzienni

W przypadkach gdy istnieją odpowiednie regulaminy pracy odnoszące się do wypadków w pracy, wypadek musi zostać zgłoszony zgodnie z przyjętym regulaminem pracy lub innymi przepisami obowiązującymi w danym zawodzie i uznanymi przez pracodawcę.

41. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie Małżonka ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV):

- a) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, oraz
- b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilie.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Unum zastrzega sobie prawo dostępu do próbek krwi Małżonka oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.

42. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Małżonka przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje

opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowiczne lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Małżonka do:

- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
43. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
- a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
44. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunek), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).
45. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.
46. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przebycie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się u Małżonka po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM.
47. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcyjnego zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. z pominięciem pełnej sternotomii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
48. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Za następstwa i objawy neurologiczne uznaje się:

- a) porażenia i niedowłady kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę podadurową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów przez 6 tygodni od dnia diagnozy choroby.

W odniesieniu do udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- c) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- d) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- e) skutków choroby dekompresyjnej.

49. Wyłącznie takie **Wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym.

Wczesne stadium stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia z tytułu Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.

W odniesieniu do Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM jest wystąpienie u Małżonka Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Małżonka którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w §3 lub przeprowadzenie u Małżonka któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej

zawartej na podstawie Warunków PCHM, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Małżonka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę małżonka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli Poważna choroba Małżonka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Małżonka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodat-

kowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana u Małżonka lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Poważnej choroby Małżonka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej – pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Małżonka – została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę małżonka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 poniżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Poważnej choroby Małżonka zdefiniowanej w § 3 ust. 1–45 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - b) w przypadku Poważnej choroby Małżonka zdefiniowanej w § 3 ust. 46–49 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
3. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych chorób Małżonka należących do tej samej grupy,

- wskazanej w pkt a) –d) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM:
- a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Stwardnienie rozsiane oraz Wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
 - c) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - d) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 i ust. 3 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.
 5. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM zostaną wyłączone:
 - a) Poważna choroba, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, oraz te Poważne choroby, które z tą Poważną chorobą pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem pkt c) poniżej,
 - b) Poważne choroby należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 3 pkt a) – d) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Poważnych chorób należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM,
 - c) wyłącznie ten Nowotwór złośliwy (jednostka chorobowa), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym (jednostką chorobową) w związku przyczynowo-skutkowym (w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego).
 6. W przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby Małżonka wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby Małżonka, z tym zastrzeżeniem że w przypadku, gdy z tytułu poszczególnych Poważnych chorób Małżonka należne byłyby Świadczenia o różnej wysokości, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Poważnej choroby Małżonka, dla której należne jest Świadczenie najwyższe.
 7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PCHM.
 8. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka;
 - c) dokumentację medyczną Małżonka (np. historię choroby, opisy wyników badań);
 - d) aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.
 9. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Małżonka na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 8 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 9 powyżej.
 11. Jeżeli Małżonek odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 9 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–3 i ust. 7–10 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 4–6 i ust. 11 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami PCHD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami PCHD stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PCHD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PCHD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które ukończyło 2. dobę życia i które nie ukończyło 25 lat;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnej choroby Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. POWAŻNA CHOROBA DZIECKA

Za Poważną chorobę Dziecka objętą zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Dziecka, i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD i które spełniają definicję wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelit wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
2. Wyłącznie taką **Chorobę Heinego-Medina (poliomyelitis)**, która oznacza ostre zakażenie wirusem polio. Przypadek poliomyelitis spełnia warunki Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy obejmuje trwałe porażenie co najmniej dwóch kończyn, potwierdzone rozpoznaniem lekarza neurologa, oraz pogorszenie sprawności ruchowej lub oddechowej utrzymujące się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie Choroby Heinego-Medina (poliomyelitis) musi obejmować potwierdzoną obecność wirusa w płynie mózgowo-rdzeniowym i w surowicy.
3. Wyłącznie taką **Chorobę kardiologiczną**, która oznacza chorobę o charakterze nabytym prowadzącą do trwałego pogorszenia czynnościowego lub trwałych zmian morfologicznych w obrębie tkanek i struktury serca (zastawki, wsierdzie, mięsień sercowy lub osierdzie). Nabyta przewlekła choroba serca spełnia warunki Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jest leczona przez okres co najmniej 6 miesięcy, została sklasyfikowana jako przewlekła niewydolność mięśnia sercowego w stopniu II lub wyższym według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego

- Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), nieulegająca poprawie pomimo stosowania leczenia.
4. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje następujące jednostki: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Choroba neuronu ruchowego spowoduje wystąpienie deficytu neurologicznego skutkującego trwałą i nieodwracalną niezdolnością do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
 5. Wyłącznie taką **Cukrzycę**, która oznacza cukrzycę typu 1 (insulinozależną) wymagającą leczenia insuliną ze względu na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej 3 miesięcy, a rozpoznanie Cukrzycy i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa.
 6. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza dystrofię mięśni typu Duchenne’a – postępujące zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśniowych o nieznanym podłożu. Rozpoznanie Dystrofii mięśni musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i udokumentowane wynikami badań biochemicznych, elektromiografii i biopsji mięśni.
 7. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałą utratę neurologiczną. Rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy rdzenia kręgowego. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
 8. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego skutkującą niedokrwistością, neutropenią i trombocytopenią (małopłytkowością). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone dwa z wymienionych poniżej warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochnych nie większa niż 500/mm³;
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³;
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
 9. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym

i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki.

10. Wyłącznie taką **Niewydolność wątroby**, która oznacza krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji, poprzedzone co najmniej 6-miesięcznym okresem trwania choroby będącej przyczyną niewydolności. Rozpoznanie Niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną oraz występowaniem jednego z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusze i powiększenie śledziony;
 - b) marskość wątroby;
 - c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wątrobowa.
11. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
 - a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e) raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
12. Wyłącznie takie **Oparzenia**, które oznaczają oparzenia III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała ocenianej według tablicy Lunda i Browdera w przypadku dzieci do 15. roku życia, a w przypadku starszych dzieci – według „reguły dziewiątek”.
13. Wyłącznie taki **Paraliż**, który oznacza trwałą i całkowitą utratę funkcji co najmniej jednej całej kończyny górnej lub dolnej w przebiegu choroby mózgu lub rdzenia kręgowego lub w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przypadek paraliżu spełnia definicję Paraliżu, gdy prowadzi do porażenia utrzymującego się bez poprawy, pomimo stosowania leczenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy. Paraliż musi zostać potwierdzony przez lekarza neurologa.
14. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
15. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
 - a) udokumentowana zostanie konieczność przewlekłego stosowania domowej tlenoterapii;
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 50% wartości należnych lub wynik oceny VC poniżej 50% wartości należnych.

16. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora). Stan ten powinien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne przez co najmniej 6 miesięcy, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego.
17. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
18. Wyłącznie taką **Utratę kończyny**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej jednej kończyny lub utratę co najmniej jednej kończyny powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
19. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieuleczalną utratę zdolności mówienia, powstałą w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, albo stan, gdy Dziecko nigdy nie nauczyło się mówić. Utrata mowy musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 4 lat, przy czym w przypadku utraty zdolności mówienia stan ten w chwili orzekania utraty mowy musi trwać co najmniej 12 kolejnych miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się częściowe ograniczenia zdolności mówienia oraz utratę mowy spowodowaną czynnikami psychicznymi (tzw. niemota psychogenna).
20. Wyłącznie taką **Utratę słuchu**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu lub obojgu uszach, powstałą w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, potwierdzoną wynikami badań audiometrycznych i badania proggu słyszenia dźwięków. W przypadku utraty słuchu w obojgu uszach utrata słuchu musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia, a w przypadku utraty słuchu w jednym uchu – nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 2 lat.
21. Wyłącznie taką **Utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą, potwierdzoną przez lekarza okulistę, nieodwracalną utratę wzroku w przynajmniej jednym oku powstałą w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Utrata wzroku musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia.
22. Wyłącznie takie **Zakażenie wirusem HIV**, które oznacza powikłanie po transfuzji krwi wykonanej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lub przedstawioną dokumentacją medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, pod warunkiem że zakażenie miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.
23. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej, będące przyczyną co najmniej 3-tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy.
24. Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które oznacza stan zapalny opon mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, potwierdzone przez specjalistę neurologa, utrzymujące się przez 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powinno być potwierdzone wynikami badań i dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD jest wystąpienie u Dziecka Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Dziecka którejkolwiek z chorób zdefiniowanych

w § 3 lub przeprowadzenie u Dziecka któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Dziecka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę dziecka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum przed datą zawarcia Umowy dodatkowej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Dziecka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków

odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;

e) wad wrodzonych;

f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 22.

2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Dziecka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Dziecka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Dziecka została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Dziecka zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Poważnej choroby Dziecka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej – pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Dziecka – została zdiagnozowana u Dziecka lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało rozpoczęte lub trwało u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne choroby dziecka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum przed datą zawarcia Umowy dodatkowej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD będzie zredukowany o tę Poważną chorobę Dziecka, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Poważne choroby Dziecka, które pozostają z tą Poważną chorobą Dziecka w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
 5. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego, zakres ubezpieczenia będzie zredukowany wyłącznie o ten Nowotwór złośliwy (jednostkę chorobową), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym w związku przyczynowo-skutkowym.
 6. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby Dziecka wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby Dziecka.
 7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PCHD.
 8. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną Dziecka (np. historię choroby, opisy wyników badań);
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat – pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę Dziecka na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.
9. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 8 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 9 powyżej.
 11. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania Dziecka badaniom, o których mowa w ust. 9 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 i ust. 6–7 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami OCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCH stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach OCH określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki OCH definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w związku z Chorobą Ubezpieczonego lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi u Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
 - d) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaje Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCH.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy licząc od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH odpowiedzialność Unum z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem

w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.

3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną ubezpieczonego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Operacja chirurgiczna została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) leczenia wad wrodzonych rozpoznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych;
 - d) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH;
 - e) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;

- f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
- g) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- h) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej w wysokości – ustalonego na podstawie Tabeli Operacji Chirurgicznych – procentu Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych w ciągu kolejnych 12 Miesięcy polisowych liczonych od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, Unum wypłaci Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami OCH.
7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. kopię historii choroby, opisy wyników badań, opisy operacji);
 - d) dokumenty opisujące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 i ust. 6–7 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami OCHM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCHM stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach OCHM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki OCHM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Małżonka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony u Małżonka w związku z Chorobą lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
 - d) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaj Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCHM.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Małżonka w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM odpowiedzialność Unum z tytułu Operacji chirurgicznych Małżonka niespodziewanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie

do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.

3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespodziewanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną małżonka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli Operacja chirurgiczna Małżonka została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku Małżonka, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM;
 - b) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - c) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - d) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych, rozpoznanych przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM;
 - e) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków Małżonka, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM;
 - f) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych

w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;

- g) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
- h) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- i) pełnienia przez Małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Małżonka w operacjach sił zbrojnych.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej Małżonka w wysokości – ustalonej na podstawie wskazanego w Tabeli Operacji Chirurgicznych – procentu Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień przeprowadzenia u Małżonka Operacji chirurgicznej, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych u Małżonka w ciągu kolejnych 12 miesięcy, liczonych od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Małżonek zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, Unum wypłaci Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami OCHM.
7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka;
 - d) oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - e) dokumentację medyczną Małżonka (np. historię choroby, opisy wyników badań, opisy operacji);
 - f) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - g) pisemne oświadczenie Małżonka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–6 i ust. 13–15 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 5–12 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami PSU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSU stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PSU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PSU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Choroba nowotworowa** – rozumiana jako:
 - i. wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
 - a. guzy opisywane jako nowotwory *in situ* (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b. wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - c. mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d. rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e. rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria *microcarcinoma* w ocenie histopatologa.
 W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
 - ii. wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - a. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;

- b. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - c. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
 - d. raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*), wymagającego zabiegu operacyjnego;
 - e. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego wymagające zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.
Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
- c) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - d) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnej nadzoru, prowadzonych przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniających przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonych w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całonocne monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
 - e) **Pobyt w sanatorium** – pobyt w Sanatorium na podstawie skierowania na leczenie, wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który rozpoczął się i trwał w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Unum na podstawie Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU oraz który jest kontynuacją leczenia po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, z tytułu którego należne jest Świadczenie;
 - f) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
 - g) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
 - h) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie dłużej niż 14 dni pobyt na wydanym przez Szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z tytułu którego należne jest Świadczenie;
 - i) **Sanatorium** – znajdujący się w miejscowości uzdrowskiej i działający zgodnie z przepisami prawa zakład lecznictwa uzdrowskiego, przeznaczony do leczenia lub rehabilitacji

chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostrzeń, przy wykorzystaniu naturalnych właściwości surowców leczniczych oraz naturalnego klimatu miejscowości, w której się znajduje;

- j) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wycoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- k) **Świadczenie apteczne** – dodatkowe Świadczenie wypłacane w przypadku Pobytu w szpitalu, na zasadach określonych w § 6 ust. 12;
- l) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedślonkowego. W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
- m) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny;
- n) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
- podczas wykonywania przez Ubezpieczonego w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem ww. czynności lub poleceń;
 - w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tiret i. powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- Wypadek w pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Unum protokole powypadkowym, sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

- o) **Zawał serca** – powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
- typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU jest:

- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 13;
- Pobyt na OIOM Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej;
- Rekonwalescencja Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej;
- Pobyt w sanatorium Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Od odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego niespodowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ustalona zostanie w oparciu o wysokość Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespodowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu ubezpieczonego;

- b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a OWU, a także jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub Pobyt na OIOM Ubezpieczonego powstały na skutek:
- a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy;
 - d) leczenia niepłodności;
 - e) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
 - g) wykonywania u Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU;
 - h) wykonania u Ubezpieczonego okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - j) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a), Unum wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
3. Wysokość stawkiiennej za dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Specyfikacji polisy.

4. Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z powodu Zawału serca lub Udaru mózgu, Choroby nowotworowej, Nieszczęśliwego wypadku, Wypadku komunikacyjnego, Wypadku w pracy lub Wypadku komunikacyjnego w pracy należna jest za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobylem w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym odpowiednio: tym Zawałem serca lub Udarem mózgu, tą Chorobą nowotworową, tym Nieszczęśliwym wypadkiem, tym Wypadkiem komunikacyjnym, tym Wypadkiem w pracy lub tym Wypadkiem komunikacyjnym w pracy.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem w pracy, Wypadkiem komunikacyjnym w pracy, Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, a także w przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Chorobą nowotworową, która została zdiagnozowana przed datą objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawkiiennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem (lub Wypadkiem komunikacyjnym, lub Wypadkiem w pracy, lub Wypadkiem komunikacyjnym w pracy) i Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową), wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Roku ubezpieczenia.
9. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt b) Unum wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, ale za nie więcej niż 5 dni Pobytu na OIOM, w wysokości stawkiiennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.
10. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c) Unum wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji, określonej w Specyfikacji polisy, pod warunkiem że Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego jest należne.
11. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt d) Unum wypłaci Ubezpieczonemu jeden raz w danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Pobytu w sanatorium Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w sanatorium i określonej w Specyfikacji polisy, pod warunkiem że Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego jest należne.
12. Dodatkowo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie apteczne w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na

pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, pod warunkiem że Świadczenie za Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego jest należne. Świadczenie apteczne w danym Roku ubezpieczenia może zostać wypłacone po nie więcej niż trzech Pobytach w szpitalu Ubezpieczonego, które rozpoczęły się i trwały w danym Roku ubezpieczenia.

13. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dotyczącej pobytu w szpitalu ubezpieczonego zawartej w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej umowy w stosunku do Ubezpieczonego zakończyła się w przeddzień objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU i który trwał nieprzerwanie w dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu
- Świadczenie wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu przypadający po rozpoczęciu udzielania Ubezpieczonemu przez Unum ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, w wysokości obliczonej w oparciu o stawkę dzienną ustaloną w Specyfikacji polisy dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą.
14. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PSU.
15. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–6 i ust. 10–11 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 5–9 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami PSM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSM stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PSM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PSM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Małżonka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnej nadzoru, prowadzonych przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniających przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonych w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
 - d) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawale serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
 - e) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,

ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM jest:

- a) Pobyt w szpitalu Małżonka,
 - b) Pobyt na OIOM Małżonka,
- które rozpoczęły się i trwały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM, wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ustalona zostanie w oparciu o wysokość Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu małżonka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka lub Pobyt na OIOM Małżonka powstał na skutek:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
- e) leczenia niepłodności;
- f) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
- g) pełnienia przez Małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Małżonka w operacjach sił zbrojnych;
- h) wykonania u Małżonka operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM;
- i) wykonania u Małżonka okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
- j) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza),
- k) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a), Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za każdy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
3. Wysokość stawki diennej za dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu Małżonka, określona jest w Specyfikacji polisy.
4. Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka z powodu Nieszczęśliwego wypadku należna jest za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Małżonka, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobytym w szpitalu Małżonka spowodowanym tym Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Małżonka jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Małżonka wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki diennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Małżonka spowodowanego Chorobą, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Małżonka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Małżonka w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Małżonka spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Małżonka w każdym Roku ubezpieczenia.
9. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt b) Unum wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Małżonka, ale za nie więcej niż 5 dni Pobytu na OIOM Małżonka, w wysokości stawki diennej z tytułu Pobytu na OIOM Małżonka określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Małżonka.
10. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PSM.
11. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę Małżonka na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 5, ust. 8–10 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami PSD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSD stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PSD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PSD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 30 dni i nie ukończyło 18 lat;
 - d) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający dłużej niż 1 dzień, rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawale serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
 - e) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD jest Pobyt w szpitalu Dziecka, który rozpoczął się i trwał w okresie

odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu Dziecka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany, ustalona zostanie w oparciu o wysokość Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie Świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu dziecka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka powstał na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie

- nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
- e) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z wad wrodzonych;
 - g) wykonania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD;
 - h) wykonania u Dziecka okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - j) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za każdy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 6 poniżej.
3. Wysokość stawki diennej za dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, w zależności od czasu trwania oraz od przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Specyfikacji polisy.
4. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 14 dni Pobytu w szpitalu Dziecka z tytułu danego Nieszczęśliwego wypadku lub danej Choroby.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Dziecka wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki diennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego Chorobą, z zastrzeżeniem ust. 4 powyżej i ust. 6 poniżej.
6. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PSD.
10. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami UD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UD stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe (w przypadku Urodzenia Dziecka) lub które urodziło się martwe po 22. tygodniu trwania ciąży (w przypadku Urodzenia Dziecka martwego), co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia;
 - b) **Urodzenie Dziecka** – urodzenie Dziecka, a także przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pod warunkiem że urodzenie i przysposobienie miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD, a Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia Dziecka;
 - c) **Urodzenie Dziecka martwego** – urodzenie martwego Dziecka po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone odpowiednią adnotacją w odpisie skróconym aktu urodzenia.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD jest:

- a) Urodzenie Dziecka;
- b) Urodzenie Dziecka martwego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od wyżej wskazanego dnia Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka albo na dzień Urodzenia Dziecka martwego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD odpowiedzialność Unum z tytułu Urodzenia Dziecka lub Urodzenia Dziecka martwego w okresie 9 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia

odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował urodzenie dziecka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej postanowień § 17 OWU nie stosuje się.
2. Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka martwego nie zostanie wypłacone w przypadku poronienia, do którego doszło przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. a), Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę Urodzenia Dziecka, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 i ust. 2.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. b), Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia ustalonej dla Urodzenia Dziecka oraz Sumie ubezpieczenia ustalonej dla Urodzenia Dziecka martwego aktualnej na datę Urodzenia Dziecka martwego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 i ust. 2.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami UD.
5. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) w przypadku Urodzenia Dziecka – oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - c) w przypadku Urodzenia Dziecka martwego – oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe; dokument potwierdzający tydzień ciąży (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - d) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami UDWW**”), stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDWW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UDWW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki UDWW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe, co zostało potwierdzone odpisem skróconym aktu urodzenia;
 - b) **Urodzenie Dziecka** – urodzenie Dziecka, a także przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pod warunkiem że urodzenie Dziecka i przysposobienie Dziecka miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW, a Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia Dziecka;
 - c) **Wada wrodzona** – wyłącznie taka wada, która oznacza nieprawidłowość rozwojową narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych nabyte w okresie zarodkowym lub płodowym, upośledzające czynność ustroju, która istniała w chwili Urodzenia Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka. Odpowiedzialnością Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW są objęte tylko i wyłącznie Wady wrodzone wskazane w Tabeli Wad Wrodzonych, zdiagnozowane w okresie odpowiedzialności Unum;
 - d) **Tabela Wad Wrodzonych** – tabela określająca rodzaj Wady wrodzonej Dziecka, która stanowi integralną część Warunków UDWW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW jest Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW

odpowiedzialność Unum z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną, które nastąpiło w okresie 9 miesięcy od daty takiej zmiany, ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.

3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował urodzenie dziecka z wadą wrodzoną;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW kończy się na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej postanowień § 17 OWU nie stosuje się.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW nie zostanie wypłacone, jeżeli Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną nastąpiło na skutek:
 - a) choroby lub urazu Dziecka zaistniałych podczas porodu;
 - b) choroby AIDS lub zarażenia się Dziecka wirusem HIV w okresie zarodkowym lub w okresie płodowym;
 - c) przyjmowania przez matkę biologiczną Dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza) lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę Urodzenia Dziecka, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 i ust. 2 oraz ust. 3 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, niezależnie od liczby zdiagnozowanych u Dziecka Wad wrodzonych, Unum

- wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami UDWW.
 5. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną potwierdzającą Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży;
 - e) dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę Wady wrodzonej;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanym dalej „**Warunkami OD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OD stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach OD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki OD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które nie ukończyło 25 lat, lub bez względu na wiek, jeżeli została w stosunku do niego orzeczona Niezdolność do pracy;
 - b) **Osierocenie Dziecka** – śmierć Ubezpieczonego posiadającego Dziecko;
 - c) **Niezdolność do pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, tj. nierokująca poprawy, niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z tytułu której można uzyskać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD jest Osierocenie Dziecka, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci każdemu uprawnionemu Dziecku Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami OD.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka lub kopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) w przypadku Osierocenia Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do pracy – dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do pracy;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 oraz ust. 4–5 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami REHMED**”), stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”) oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanych dalej „**Warunkami PSU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami REHMED stosuje się postanowienia OWU, Warunków PSU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach REHMED określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU oraz w Warunkach PSU, chyba że Warunki REHMED definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Placówka rehabilitacyjna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - c) **Rehabilitacja medyczna** – integralna część leczenia poszpitalnego, następująca po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, z tytułu którego Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną uznaje się zlecone przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji zabiegi rehabilitacyjne Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawienia wydaną przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji;
 - d) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający

personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED jest Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Od odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także w przypadku gdy Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego została przeprowadzona na skutek:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookałeczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - e) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
2. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - a) skierowanie na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED;
 - b) przeprowadzenie Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wymagało działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej

przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
 2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoczęcia Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
 3. W danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED może zostać wypłacone maksymalnie za 3 Rehabilitacje medyczne Ubezpieczonego przeprowadzone po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, z tytułu którego Świadczenie jest należne.
 4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami REHMED.
5. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) dokumentację medyczną obrazującą diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. kartę leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego była skutkiem doznanego urazu itp.);
 - c) wydane przez lekarza skierowanie na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego, którego następstwem była Rehabilitacja;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	<p>§ 1 ust. 2;</p> <p>§ 3 w związku z § 2;</p> <p>§ 4 w związku z § 2;</p> <p>§ 6 ust. 1–2 oraz ust. 4–5 w związku z § 2.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	<p>§ 1 ust. 2;</p> <p>§ 5 w związku z § 2;</p> <p>§ 6 ust. 3 w związku z § 2.</p>

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanymi dalej „**Warunkami REHNW**”), stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”) oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanymi dalej „**Warunkami PSU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami REHNW stosuje się postanowienia OWU, Warunków PSU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach REHNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU oraz w Warunkach PSU, chyba że Warunki REHNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego i Rehabilitacji medycznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Placówka rehabilitacyjna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - c) **Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – integralna część leczenia poszpitalnego, następująca po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, z tytułu którego Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku uznaje się zlecone przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji zabiegi rehabilitacyjne Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie

zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawnienia wydaną przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji;

- d) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW jest Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Od odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także w przypadku gdy Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego została przeprowadzona na skutek:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
2. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW nie zostanie wypłacone, jeżeli skierowanie na Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy

o Rehabilitacji medycznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoczęcia Rehabilitacji medycznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW może zostać wypłacone maksymalnie za 3 Rehabilitacje medyczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego przeprowadzone po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, z tytułu którego Świadczenie jest należne.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami REHNW.
5. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) dokumentację medyczną obrazującą diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. kartę leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku);
 - c) wydane przez lekarza skierowanie na Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, którego następstwem była Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 oraz ust. 7–12 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–6 oraz ust. 13 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO URAZU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały (zwanych dalej „**Warunkami PUNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PUNW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PUNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PUNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1 miesiąc i nie ukończyło 25 lat;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnego urazu Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe);
 - c) **Poważny uraz** – powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie niepowodujące trwałej utraty ani trwałego uszkodzenia funkcji organu, narządu, układu lub kończyny. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Urazów;
 - d) **Tabela Urazów** – tabela określająca rodzaje Poważnych urazów oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków PUNW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW jest Poważny uraz Dziecka, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Poważnego urazu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Poważny uraz Dziecka został stwierdzony w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Poważnego urazu Dziecka nastąpił w okresie udzielania Ubezpieczonemu przez Unum ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU, chyba że Specyfikacja polisy stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważny uraz Dziecka powstał bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terrorku lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka;
- c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące określony w Tabeli Urazów dla danego Poważnego urazu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Poważnego urazu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Urazów po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
4. Świadczenie z tytułu Poważnego urazu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Poważnego urazu Dziecka powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku zgodnie z Warunkami PUNW.
5. Za wszystkie Poważne urazy Dziecka powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW, określonej w Specyfikacji polisy.
6. W przypadku gdy Poważny uraz Dziecka wystąpił w obrębie narządu, organu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed Nieszczęśliwym wypadkiem, stopień Poważnego urazu Dziecka zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu organu, układu lub kończyny przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu. Wartość procentowa Poważnego urazu Dziecka zostanie pomniejszona o upośledzenie istniejące przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Dziecka będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
8. W przypadku anatomicznej utraty kończyny przez Dziecko Unum wypłaci Świadczenie bezsporne bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami PUNW.
10. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku Dziecka wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat – pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na wniosek Unum.
- 11. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
 - 12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 10 powyżej, oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 11 powyżej.
 - 13. W przypadku odmowy wykonania badań, o których mowa w ust. 11 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW.

ZAŁĄCZNIKI DO WARUNKÓW UMÓW DODATKOWYCH

TABELA NORM

OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (zwana dalej „Tabelą Norm”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „Warunkami UNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach (zwanym dalej „Warunkami TINW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „Warunkami UMPNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „Warunkami UDNW”).

Stosowanym w niniejszej Tabeli Norm określeniom (pisanym wielką literą) nadaje się znaczenie zdefiniowane w Warunkach UNW, Warunkach TINW, Warunkach UMPNW lub Warunkach UDNW, chyba że Tabela Norm definiuje je w inny sposób.

Na potrzeby Tabeli Norm poniżej wskazanym pojęciom nadaje się następujące znaczenie:

- **Rana** – uszkodzenie skóry lub tkanki podskórnej zaopatrzone chirurgicznie, przy czym zaopatrzenie chirurgiczne należy rozumieć jako zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamek lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych;
- **1% TBSA** – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni dorosłej osoby wraz z palcami;
- **Reguła dziewiątek Wallace’a** – reguła stosowana przy ocenie powierzchni oparzenia, zgodnie z którą: (a) powierzchnia głowy lub powierzchnia każdej z kończyn górnych to 9% powierzchni ciała, (b) powierzchnia brzucha to 9% powierzchni ciała, (c) powierzchnia klatki piersiowej to 9% powierzchni ciała, (d) powierzchnia tylna tułowia to 18% powierzchni ciała, (e) powierzchnia każdej z kończyn dolnych to 18% powierzchni ciała;
- **Hospitalizacja** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu, trwający co najmniej 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty;
- **Unieruchomienie** – unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, ortozy, stabilizatora, kołnierza ortopedycznego, gorsetu, szyny lub chusty trójkątnej, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Uwagi:

- Przy oparzeniach mieszanych I/II stopnia lub przy oparzeniach II/III stopnia uznaje się wyższy stopień oparzenia.
- Jeśli ten sam uraz leczony jest zachowawczo oraz operacyjnie, Uszczerbek na zdrowiu przyznawany jest wyłącznie z tytułu leczenia operacyjnego i z tego tytułu wypłacane jest Świadczenie.

A. USZKODZENIA GŁOWY	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
1. Uszkodzenie powłok czaszki zaopatrzone chirurgicznie (bez uszkodzeń kostnych):	
a) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze od 3 cm do 10 cm	1
b) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze powyżej 10 cm	5
c) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze do 2 cm	1
d) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze od 3 cm do 5 cm	4
e) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze powyżej 5 cm	10
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy (za każdą kość)	5
3. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z Hospitalizacją 1-2 dni	1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni	2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni	5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni	10
4. Krwiaki i krwotoki śródczaszkowe w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) krwiak pourazowy śródczaszkowy potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (RM, TK) – leczony zachowawczo	5
b) krwiak pourazowy śródczaszkowy – leczony operacyjnie	20
5. Uszkodzenie nerwów czaszkowych (za każdy):	
a) boczny, dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	5
B. USZKODZENIA TWARZY	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) Rana twarzy o rozmiarze od 2 cm do 8 cm	1

b) Rana twarzy o rozmiarze powyżej 8 cm	10
c) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	5
7. Uszkodzenia nosa (Złamanie wymaga potwierdzenia w badaniach obrazowych):	
a) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa wieloodłamowe z przemieszczeniem	5
b) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa wymagająca operacji rekonstrukcyjnej	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Utrata zębów:	
a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
i. utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
ii. utrata korony (co najmniej ½ korony) i/lub korzenia	1
b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
i. utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
ii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
9. Złamania kości twarzoczaszki (kości oczodołów, kości szczękowych, kości jarzmowych):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
11. Złamania żuchwy:	
a) Złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
12. Ubytek podniebienia	15
13. Urazy języka:	
a) Rana języka	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym lub energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojga oczu	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
16. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych leczone operacyjnie:	
a) w jednym oku	5
b) w obojgu oczach	15
19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka wyłącznie po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z całkowitą utratą wzroku jednego oka	35
20. Jaskra wtórna pourazowa wyłącznie po urazie oka lub głowy	3
21. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
22. Urazy małżowiny usznej:	
a) Rana (każda)	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny leczona operacyjną rekonstrukcją	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
f) oparzenie małżowiny od II stopnia	1
23. Uszkodzenie pourazowe ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
24. Porażenie nerwu twarzewego (łącznie z pęknięciem kości skalistej):	
a) jednostronne	20
b) dwustronne	40
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY PRZĘŁYKU	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
25. Uszkodzenie gardła, krtani lub tchawicy leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30
26. Uszkodzenie przełyku leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30
27. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) Rana (każda)	1
b) Oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
28. Urazy części miękkich klatki piersiowej lub grzbietu (niewymienione w pkt 29 poniżej):	
a) Rana o rozmiarze od 3 cm do 10 cm (każda)	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm (każda)	3
c) Oparzenia od II stopnia – za każde 2% TBSA	1
29. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) Rana brodawki lub sutka	2
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3

c) krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa utrata sutka	5
e) całkowita utrata sutka	20
30. Złamania żeber – potwierdzone radiologicznie (RTG, TK, RM):	
a) Złamanie 1 żebra	1
b) Złamanie od 2 do 4 żeber	2
c) Złamanie od 5 do 10 żeber	7
d) Złamanie powyżej 10 żeber	10
31. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) Złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	6
32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone zachowawczo	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone wyłącznie drenażem opłucnej	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca leczone poprzez nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
34. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) Rana o rozmiarze od 3 cm do 10 cm	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm	3
c) oparzenia od II stopnia – za każde 3% TBSA	1
d) Rany, rana powięzi lub rana mięśni leczone operacyjnie bez otwierania jamy otrzewnej	3
e) Rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej	5
35. Uszkodzenie żołądka, jelit, sieci lub krezki jelita:	
a) leczone endoskopowo	2
b) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
c) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
36. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorta brzuszna, tętnice biodrowe wspólne, zewnętrzne i wewnętrzne, żyła główna dolna i żyły biodrowe wspólne) leczone operacyjnie	
	10
37. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) leczone chirurgicznie bez otwarcia jamy otrzewnej	3
b) leczone chirurgicznie z otwarciem jamy otrzewnej	5
c) zaopatrzone sztucznym odbytem (stomią)	20
38. Uszkodzenie śledziony:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
39. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
40. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
41. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
42. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza moczowego	50
43. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenia prącia:	
a) Rany, uszkodzenia leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
45. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub obu jajników	40
46. Utrata macicy	40
47. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) Rana	3
b) uszkodzenia skóry, mięśni, powięzi leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	7
c) uszkodzenie leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
48. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym (C1–C7) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1
49. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1

50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
51. Urazy rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone zachowawczo	5
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone operacyjnie	20
J. USZKODZENIA MIEDNICY	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
52. Pourazowe rozejście się spojenia łonowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	5
53. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej (jednomiejscowe lub wielomiejscowe):	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronne	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)	20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwinięcie centralne I stopnia	7
d) zwinięcie centralne II stopnia	10
e) zwinięcie centralne III stopnia	20
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. Izolowane Złamanie kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone Złamanie kości miednicy (np. Złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe Złamanie kości miednicy (np. Złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe Złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe Złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane Złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) Złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) Złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	4
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
ŁOPATKA	
57. Złamania łopatki:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne Złamania	1
OBOJCZYK	
58. Złamania obojczyka:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania	1
59. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	

a) zwichnięcie I stopnia	1
b) zwichnięcie II stopnia	3
c) zwichnięcie III stopnia	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
60. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamanie leczone protezoplastyką	20
61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	75
RAMIĘ	
63. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe, otwarte	12
b) otwarte	10
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	2
64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	1
d) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
e) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
65. Utrata kończyny w obrębie ramienia	65
STAW ŁOKCIOWY	
66. Złamanie w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej lub łokciowej):	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne	2
67. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) zwichnięcie	4
PRZEDRAMIĘ	
68. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne	2
69. Złamanie trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe, otwarte lub złamania Monteggia, Galeazzi	10
b) otwarte	8
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	2
70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2

d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
73. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) Złamanie mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	10
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	7
e) skręcenia leczone Unieruchomieniem	1
74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
75. Uszkodzenia śródreżcza:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 2 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1%TBSA	2
76. Złamania kości śródreżcza:	
a) I kość śródreżcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii. inne złamania	2
b) II kość śródreżcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne złamania	1
KCIUK	
77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	3
c) utrata paliczka paznokciowego	6
d) utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	12
e) utrata obu paliczków z kością śródreżcza	20
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	1
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
h) zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
79. Uszkodzenia w obrębie wskaziciela:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	1
c) utrata paliczka paznokciowego	4
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10

f) utrata wskaziciela z kością śródreżca	14
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania	1
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	2
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	1
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
81. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	10
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	4
h) utrata palca IV z kością śródreżca	5
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4
82. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) palec III:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne Złamania	1
iv. Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
v. oparzenia od II stopnia	1
vi. uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vii. zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne Złamania	1
iv. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) palec V:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii. inne Złamania	1
iii. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
Uwaga: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny górnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu oparzenia palców jednej ręki nie może przekroczyć 5%.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
STAW BIODROWY	
83. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie w stawie biodrowym	80

b) amputacja na poziomie uda	60
84. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – Złamania bliższej nasady kości udowej, Złamania szyjki, Złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne Złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
85. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	3
86. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenie mięśni uda potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	1
d) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	3
e) uszkodzenia naczyń (tętnic lub żył biodrowych, udowych, podkolanowych) leczone operacyjnie	8
KOLANO	
87. Złamanie kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3
88. Złamanie rzepki:	
a) skutkujące usunięciem rzepki	10
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3
89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego:	
a) skręcenie kolana leczone Unieruchomieniem	2
b) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
c) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
h) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (z wyłączeniem zwichnięć nawykowych lub zwichnięć nastawionych przez chorego)	4
90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
91. Złamanie kości podudzia (piszczelowej lub piszczelowej i strzałkowej):	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne	3
92. Izolowane Złamanie kości strzałkowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne	1

93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	2
d) uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki leczone operacyjnie	7
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
f) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7
g) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
h) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
94. Utrata kończyny w obrębie podudzia	50
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone Unieruchomieniem	2
b) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawu (badanie obrazowe potwierdzające np. uszkodzenie więzadeł)	2
c) Złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) Złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) Złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) Złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) Złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) Złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) Złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) Złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
96. Złamanie kości skokowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) wieloodłamowe	7
c) inne	3
97. Złamanie kości piętowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	12
b) wieloodłamowe	10
c) inne	5
98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) utrata częściowa	25
b) utrata całkowita	40
99. Uszkodzenie kości stępu (z wyłączeniem kości piętowej i skokowej) – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	2
100. Złamanie kości śródstopia – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) wieloodłamowe, otwarte	6
b) otwarte	5
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) Rany grzbietu stopy (każda)	1
b) Rany podeszwy lub Rany stopy (każda)	2
c) oparzenie od II stopnia – za 1% TBSA	3
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40

104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
106. Uszkodzenie palucha:	
a) Rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	5
d) utrata całego palucha	10
e) utrata z kością śródstopia	15
107. Złamanie palucha:	
a) wieloodłamowe, otwarte	4
b) otwarte	3
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne	1
108. Złamanie w zakresie palców II, III, IV, V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2
b) inne	1
109. Utrata palców stopy II-V (każdy):	
a) częściowa	1
b) całkowita	3
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	5
111. Utrata palca V z kością śródstopia	7
112. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca	1
<p>Uwaga: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.</p>	
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
113. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
c) nerwu pachowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i. częściowe	7
ii. całkowite	35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i. częściowe	5

ii. całkowite	25
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i. częściowe	4
ii. całkowite	15
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i. częściowe	7
ii. całkowite	35
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	20
k) nerwu łokciowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i. częściowe	7
ii. całkowite	25
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i. częściowe	10
ii. całkowite	45
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i. częściowe	2
ii. całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	2
ii. całkowite	10

N. NAGLE ZATRUCIA GAZAMI, NASTĘPSTWA DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH (PORAŻENIA PRĄDEM, PORAŻENIA PIORUNEM, NASTĘPSTWA UKĄSZEŃ) LECZONE SZPITALNIE:	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
a) z Hospitalizacją 1-2 dni	1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni	2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni	5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni	10
O. INNE	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
114. Oparzenia I stopnia niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
115. Odmrożenia od II stopnia (nos, uszy, palce rąk i nóg) – każde	1
116. Rany niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
117. Skręcenia bez Unieruchomienia z leczeniem specjalistycznym wymagającym wizyty u lekarza specjalisty i zastosowania leczenia w postaci okładów lub leków, lub opaski elastycznej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej	0,5

Niniejsza Tabela Norm została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

TABELA NORM

OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwana dalej „Tabelą Norm”) stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwanym dalej „Warunkami UZU”).

USZCZERBEK NA ZDROWIU	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
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 połowiczny lub obu kończyn dolnych, znacznie ograniczający sprawność kończyn (2°-3° wg skali Lovetta lub 4°-3° wg skali Ashwortha)	60-80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° wg skali Lovetta lub 3°-2° wg skali Ashwortha)	40-60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub 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 itp.	5-40
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
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać dodatkowo wg poz. 6 niniejszej Tabeli Norm, uwzględniając, że całkowity Uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. od 1j do poz. 1m niniejszej Tabeli Norm – oddzielnie dla każdej kończyny.	

SKALA LOVETTA 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej, 1° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5% prawidłowej siły mięśniowej, 2° - wyraźny skurcz mięśnia i zdolność do wykonania ruchu przy pomocy odciążenia odcinka ruchomego - 20% prawidłowej siły mięśniowej, 3° - zdolność do wykonania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka - 50% prawidłowej siły mięśniowej, 4° - zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem - 80% prawidłowej siły mięśniowej, 5° - prawidłowa siła, tj. zdolność do wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100% prawidłowej siły mięśniowej.		
SKALA ASHWORTH 1° - brak wzmożonego napięcia mięśniowego, 2° - nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zginania lub prostowania kończyny, 3° - bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale część dotknięta niedowładem łatwo poddaje się zginaniu, 4° - wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania, 5° - sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania.		
2. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie ograniczający sprawność ustroju i powodujący, że chory wymaga opieki osób trzecich		100
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę, niepociągający za sobą konieczności sprawowania opieki nad chorym		41-80
c) c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę		21-40
d) d) nieznaczного stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju		11-20
e) e) zaznaczony zespół pozapiramidowy		5-10
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie		100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową		41-80
c) utrudniające w nieznacznym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową		11-40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów		1-10
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami - co najmniej 3 napady w tygodniu		30-40
b) padaczka z napadami - powyżej 2 napadów w miesiącu		20-30
c) padaczka z napadami - co najwyżej 2 napady w miesiącu		10-20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii - bez utraty przytomności		1-10
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna albo szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania Uszczerbku na zdrowiu z tego tytułu). Ocena częstości napadów powinna nastąpić po zakończeniu leczenia. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.		
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:		
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
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).		
6. Zaburzenia mowy:		
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią 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, dysfazja		10-19
7. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, 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) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
8. 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
9. 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
UWAGA: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu należy oceniać wg poz. 1 lub poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.	
10. Utrwalone częściowe lub całkowite uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i czynności przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5-10
b) średniego stopnia	11-25
c) dużego stopnia	26-50
11. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.	
13. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, bez zaburzeń kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET	5
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, niewielkie zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET	6-15
c) II klasa NYHA, EF 45-55%, umiarkowane zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 7-10 MET	16-25
d) III klasa NYHA, EF 35-45%, nasilone zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 5-7 MET	26-55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, znaczne zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa poniżej 5 MET	56-90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych kategorii muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.	
KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:	
Klasa I. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych.	
Klasa II. Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III. Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
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.	
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: Fracja wyrzutowa lewej komory – 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 określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.	
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ: MET-y (MET – równoważnik metaboliczny – jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu i wynosi ok. 3,5 mililitra tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się za wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	

Niniejsza Tabela Norm została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Aneta Podyma-Milczarek

Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych (zwana dalej „Tabelą Operacji”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych (zwanym dalej „Warunkami OCH”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka (zwanym dalej „Warunkami OCHM”).

NAZWA OPERACJI	% SU*
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO	
1. Rozległe usunięcie tkanki mózgowej	100%
2. Usunięcie zmiany w tkance mózgowej	100%
3. Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	100%
4. Drenaż zmiany w tkance mózgowej	80%
5. Wszczepienie stymulatora mózgu	80%
6. Wentrykulostomia (wytworzenie przetoki komory mózgowej)	60%
7. Rewizja wentrykulostomii	60%
8. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	60%
9. Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80%
10. Przeszczep nerwu czaszkowego	100%
11. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	100%
12. Pozaczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	80%
13. Pozaczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	80%
14. Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	100%
15. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	100%
16. Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	80%
17. Neurostymulacja nerwu czaszkowego	60%
18. Usunięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100%
19. Rekonstrukcja opony twardej	100%
20. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	80%
21. Drenaż przestrzeni podoponowej	100%
22. Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	100%
23. Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	80%
24. Wycięcie nerwu obwodowego	40%
25. Zniszczenie nerwu obwodowego	60%
26. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	40%
27. Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	60%
28. Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	60%
29. Wycięcie przysadki mózgowej	80%
30. Uszkodzenie przysadki mózgowej powodujące ciężką dysfunkcję	80%
31. Operacja szyszynki	80%
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO	
32. Wycięcie tarczycy całkowite	40%
33. Wycięcie tarczycy częściowe	20%
34. Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	80%
35. Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	60%
36. Wycięcie przytarczyc powodujące trwałą niewydolność gruczołu	80%

NAZWA OPERACJI	% SU*
37. Wycięcie grasicy	20%
38. Wycięcie nadnercza	60%
39. Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	60%
40. Całkowita amputacja sutka	40%
41. Operacje rekonstrukcyjne sutka	40%
42. Operacje brodawki sutkowej	40%
43. Operacje na przewodach mlekołożnych sutka	40%
44. Częściowa amputacja piersi	10%
45. Usunięcie guzka piersi	5%
OPERACJE OKA	
46. Usunięcie gałki ocznej	60%
47. Usunięcie zmiany w obrębie oczodołu	40%
48. Wszczepienie protezy gałki ocznej	40%
49. Rewizja protezy gałki ocznej	40%
50. Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60%
51. Nacięcie oczodołu	40%
52. Złożona operacja na mięśniach oka	60%
53. Usunięcie mięśnia oka	40%
54. Cofnięcie mięśnia oka	40%
55. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	40%
56. Wycięcie zmiany rogówki	20%
57. Usunięcie zmiany w obrębie twardówki	40%
58. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	20%
59. Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	40%
60. Wycięcie tęczówki	40%
61. Operacje filtrujące tęczówki	60%
62. Usunięcie ciała rzęskowego	40%
63. Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
64. Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
65. Operacja ciała szklistego	60%
66. Zniszczenie zmiany siatkówki	40%
67. Wprowadzenie sztucznej soczewki	20%
68. Nacięcie twardówki	10%
69. Nacięcie tęczówki	10%
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE	
70. Otwarcie wyrostka sutkowego	80%
71. Operacja naprawcza błony bębenkowej	20%
72. Drenaż ucha środkowego	20%
73. Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80%
74. Usunięcie zmiany ucha środkowego	40%
75. Amputacja nosa	60%
76. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	20%
77. Operacja zatoki czołowej	20%
78. Operacja zatoki klinowej	20%

NAZWA OPERACJI	% SU*
79. Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20%
80. Operacja udrożnienia ujścia zatok	10%
81. Wycięcie gardła	80%
82. Operacja naprawcza gardła	60%
83. Terapeutyczna operacja endoskopowa gardła (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	20%
84. Wycięcie krtani	60%
85. Usunięcie zmiany fałdu głosowego	20%
86. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	60%
87. Rekonstrukcja krtani	80%
88. Operacja ślimaka	40%
89. Plastyka ucha zewnętrznego	20%
90. Operacja przegrody nosa	10%
91. Usunięcie migdałków podniebiennych	10%
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO	
92. Częściowe wycięcie tchawicy	100%
93. Plastyka tchawicy	60%
94. Protezowanie tchawicy metodą otwartą	60%
95. Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40%
96. Otwarta operacja ostrogi tchawicy	60%
97. Częściowe usunięcie oskrzela	60%
98. Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20%
99. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20%
100. Przeszczep płuca	100%
101. Wycięcie płuca	100%
102. Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	80%
103. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	40%
104. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40%
OPERACJE JAMY USTNEJ	
105. Wycięcie języka	60%
106. Wycięcie zmiany w obrębie języka	20%
107. Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20%
108. Korekcja deformacji podniebienia	40%
109. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	20%
110. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	40%
111. Wycięcie ślinianki	40%
112. Usunięcie zmiany w obrębie ślinianki	40%
113. Przeszczepienie przewodu ślinowego	40%
114. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	20%
115. Podwiązanie przewodu ślinowego	20%
116. Poszerzenie przewodu ślinowego	20%
117. Częściowe wycięcie wargi	20%
118. Usunięcie zmiany wargi	20%
119. Korekcja deformacji wargi	40%
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
120. Wycięcie przełyku i żołądka	100%
121. Całkowite wycięcie przełyku	100%
122. Częściowe wycięcie przełyku	60%

NAZWA OPERACJI	% SU*
123. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	60%
124. Zespoleenie omijające przełyku	80%
125. Rewizja zespolenia przełyku	60%
126. Operacja naprawcza przełyku	100%
127. Wytworzenie przetoki przełykowej	60%
128. Nacięcie przełyku	20%
129. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	60%
130. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	60%
131. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	20%
132. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	20%
133. Całkowita resekcja żołądka	100%
134. Częściowa resekcja żołądka	80%
135. Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	60%
136. Operacja plastyczna żołądka	60%
137. Zespoleenie żołądkowo-dwunastnicze	60%
138. Zespoleenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60%
139. Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60%
140. Operacje wrzodu żołądka z otwarciem jamy brzusznej	60%
141. Nacięcie odźwiernika (pyloromyotomia)	60%
142. Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20%
143. Wycięcie dwunastnicy	60%
144. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	80%
145. Zespoleenie omijające dwunastnicy	60%
146. Operacje wrzodu dwunastnicy z otwarciem jamy brzusznej	60%
147. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	20%
148. Resekcja jelita czczego	60%
149. Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	60%
150. Wyłonienie sztucznego odbytu na jelicie cienkim	60%
151. Zespoleenie omijające jelita czczego	60%
152. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	20%
153. Resekcja jelita krętego	60%
154. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	60%
155. Zespoleenie omijające jelita krętego	60%
156. Rewizja zespolenia jelita krętego	60%
157. Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
158. Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
159. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	20%
160. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	40%
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
161. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20%
162. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
163. Całkowite wycięcie okrężnicy	80%
164. Wycięcie odbytnicy	80%
165. Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80%
166. Wycięcie poprzecznicy	80%
167. Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80%
168. Wycięcie esicy	80%

NAZWA OPERACJI		% SU*
169.	Usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy metodą otwartą	60%
170.	Usunięcie żylaków odbytu	10%
171.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	20%
172.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	20%
173.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	20%
174.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	60%
175.	Zespolenie omijające okrężnicy	60%
176.	Usunięcie zmiany w obrębie odbytnicy metodą otwartą	60%
177.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	60%
178.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	60%
179.	Przezświetlaczowe operacje odbytnicy	60%
180.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	20%
181.	Wyłonienie jelita	60%
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
182.	Przeszczep wątroby	100%
183.	Częściowe wycięcie wątroby	80%
184.	Operacja naprawcza wątroby	80%
185.	Nacięcie wątroby	20%
186.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	20%
187.	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	40%
188.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20%
189.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	60%
190.	Przełskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	40%
191.	Wycięcie przewodu żółciowego	80%
192.	Usunięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60%
193.	Nacięcie przewodu żółciowego	60%
194.	Zespolenie przewodu żółciowego	60%
195.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	60%
196.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60%
197.	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60%
198.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	40%
199.	Przełskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	40%
200.	Przełskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	40%
201.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	40%
202.	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	60%
203.	Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	60%
204.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	20%
205.	Przeszczep trzustki	100%
206.	Całkowite wycięcie trzustki	100%
207.	Wycięcie głowy trzustki	100%

NAZWA OPERACJI		% SU*
208.	Usunięcie zmiany trzustki	60%
209.	Zespolenie przewodu trzustkowego	80%
210.	Otwarty drenaż zmiany trzustki	60%
211.	Przełskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20%
212.	Całkowite wycięcie śledziony	40%
OPERACJE SERCA		
213.	Przeszczep serca	100%
214.	Przeszczep płuca	100%
215.	Korekcja przełożenia wielkich naczyń	100%
216.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	100%
217.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	100%
218.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	100%
219.	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100%
220.	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	100%
221.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	80%
222.	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawki	100%
223.	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100%
224.	Plastyka przedsionka serca	100%
225.	Walwuloplastyka mitralna	100%
226.	Walwuloplastyka aortalna	100%
227.	Plastyka zastawki trójdzielnej	100%
228.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	100%
229.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	100%
230.	Rewizja plastyki zastawki serca	100%
231.	Otwarta walwulotomia	100%
232.	Zamknięta walwulotomia	100%
233.	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	100%
234.	Przełskórna operacja dotycząca zastawki serca	80%
235.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	100%
236.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	100%
237.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	100%
238.	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100%
239.	Przełskórna angioplastyka wieńcowa	60%
240.	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	100%
241.	Wszczepienie systemu wspomagania komór serca	60%
242.	Wszczepienie układu stymulującego serce (także ICD, CRT) z przezskórnym wprowadzeniem elektrod do jam serca	60%
243.	Inny sposób stałej stymulacji serca	60%
244.	Przełskórne zabiegi ablacji ognisk arytmogennych	60%
245.	Wycięcie osierdzia	100%
246.	Drenaż osierdzia	80%
247.	Nacięcie osierdzia	40%
248.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	100%
249.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	100%

NAZWA OPERACJI		% SU*
250.	Przełskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	100%
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH I ŻYLNICH		
251.	Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
252.	Zespolecie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
253.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
254.	Przełskórna operacja tętnicy płucnej	60%
255.	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	100%
256.	Wszczepienie aortalnej protezy naczyniowej	100%
257.	Plastyka aorty	100%
258.	Przeznaczyniowa operacja aorty	80%
259.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	100%
260.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	60%
261.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	100%
262.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	60%
263.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	100%
264.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	60%
265.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	100%
266.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	60%
267.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%
268.	Przeznaczyniowa operacja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	60%
269.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	100%
270.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	100%
271.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	60%
272.	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	100%
273.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	100%
274.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	60%
275.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	60%
276.	Usunięcie żyły / Usunięcie żyłaków kończyny dolnej	10%
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
277.	Przeszczep nerki	80%
278.	Całkowite usunięcie nerki	80%
279.	Częściowe wycięcie nerki	60%
280.	Wycięcie zmiany w nerce	60%
281.	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	60%
282.	Nacięcie nerki	20%
283.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	20%
284.	Operacja nerki przez nefrostomię	20%
285.	Wycięcie moczowodu	60%
286.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	80%
287.	Ponowne wszczepienie moczowodu	60%
288.	Operacja naprawcza moczowodu	60%
289.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	20%
290.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	20%
291.	Operacje ujścia moczowodu	40%
292.	Całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%

NAZWA OPERACJI		% SU*
293.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60%
294.	Powiększenie pęcherza moczowego	80%
295.	Operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	40%
296.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	20%
297.	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40%
298.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	20%
299.	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	60%
300.	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	60%
301.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	60%
302.	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
303.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	80%
304.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	20%
305.	Wycięcie cewki moczowej	60%
306.	Operacja naprawcza cewki moczowej	40%
307.	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	20%
308.	Operacje ujścia cewki moczowej	20%
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
309.	Usunięcie moszny	40%
310.	Obustronne wycięcie jąder	60%
311.	Usunięcie zmiany jądra	40%
312.	Obustronna implantacja jąder do moszny	60%
313.	Protezowanie jądra	40%
314.	Operacja wodniaka jądra	20%
315.	Operacja najądrza	20%
316.	Wycięcie nasieniowodu	20%
317.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	40%
318.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40%
319.	Operacja pęcherzyków nasiennych	40%
320.	Całkowita amputacja prącia	60%
321.	Częściowa amputacja prącia	40%
322.	Usunięcie zmiany prącia	40%
323.	Operacja plastyczna prącia wtórna do wcześniejszych zabiegów terapeutycznych	60%
324.	Protezowanie prącia	20%
325.	Operacja napletka	20%
326.	Operacja fichtaczki	20%
327.	Wycięcie sromu	60%
328.	Wycięcie zmiany sromu	20%
329.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	20%
330.	Nacięcie kanału pochwy	20%
331.	Wycięcie pochwy	40%
332.	Nacięcie zrostów pochwy	10%
333.	Usunięcie zmiany w obrębie pochwy	10%
334.	Operacja plastyczna pochwy	20%
335.	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40%
336.	Plastyka sklepienia pochwy	20%
337.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	20%
338.	Wycięcie szyjki macicy	40%

NAZWA OPERACJI	% SU*
339. Wycięcie macicy drogą brzuszną	80%
340. Wycięcie macicy drogą przezpochwową	60%
341. Laparoskopowe usunięcie macicy	60%
342. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	20%
343. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	60%
344. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	40%
345. Operacja więzadła szerokiego macicy	20%
346. Operacja innego więzadła macicy	20%
347. Wyłyżczkowanie jamy macicy	5%
348. Wycięcie jajowodu	20%
349. Wszczępienie protezy jajowodu	20%
350. Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20%
351. Operacja dotycząca strzępków jajowodu	20%
352. Częściowe wycięcie jajnika	20%
353. Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	20%
354. Otwarte zniszczenie zmian w obrębie jajnika	20%
355. Operacja naprawcza jajnika	20%
356. Wycięcie zmiany szyjki macicy	5%
357. Usunięcie zmiany w obrębie jajowodu	20%
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH	
358. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80%
359. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	80%
360. Wycięcie opłucnej metodą otwartą	80%
361. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
362. Otwarty drenaż opłucnej	60%
363. Operacja naprawcza pękniętej przepony	100%
364. Operacja przepukliny pachwinowej	20%
365. Operacja przepukliny pępkowej	20%
366. Operacja przepukliny udowej	20%
367. Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20%
368. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	60%
369. Drenaż otwarty jamy otrzewnej	60%
370. Operacje sieci większej	60%
371. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	60%
372. Operacja dotycząca krezki okrężnicy	60%
373. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	60%
374. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	20%
375. Przeszczep powięzi	20%
376. Wycięcie powięzi brzucha	20%
377. Wycięcie innej powięzi	20%
378. Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20%
379. Rozdzielenie powięzi	20%
380. Uwolnienie powięzi	20%
381. Wycięcie torbieni galaretowatej pochewki ścięgna	20%
382. Powtórne wycięcie torbieni galaretowatej pochewki ścięgna	20%
383. Przemieszczenie ścięgna	40%
384. Wycięcie ścięgna	40%
385. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40%
386. Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40%
387. Zmiana długości ścięgna	20%

NAZWA OPERACJI	% SU*
388. Wycięcie pochewki ścięgna	20%
389. Przeszczep mięśnia	60%
390. Wycięcie mięśnia	20%
391. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	20%
392. Uwolnienie przykurczu mięśnia	20%
393. Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
394. Operacja przewodu limfatycznego	80%
395. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	40%
396. Operacja przeszczepu skóry	20%
397. Usunięcie zmiany skórnej na twarzy	10%
OPERACJA STAWÓW I KOŚCI	
398. Plastyka czaszki	60%
399. Otwarcie czaszki	100%
400. Wycięcie kości twarzy	40%
401. Nastawienie złamania szczęki	40%
402. Nastawienie złamania innej kości twarzy	40%
403. Rozdzielenie kości twarzy	60%
404. Stabilizacja kości twarzy	40%
405. Wycięcie żuchwy	60%
406. Nastawienie złamania żuchwy	20%
407. Rozdzielenie żuchwy	40%
408. Stabilizacja żuchwy	40%
409. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	60%
410. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100%
411. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	80%
412. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	100%
413. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
414. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	100%
415. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	80%
416. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
417. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
418. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
419. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
420. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
421. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
422. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	60%
423. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	100%
424. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	80%
425. Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	80%
426. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	100%
427. Usunięcie zmiany kręgosłupa	80%
428. Odbarczenie złamania kręgosłupa	80%

NAZWA OPERACJI	% SU*
429. Unieruchomienie złamania kręgosłupa	80%
430. Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
431. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60%
432. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60%
433. Wszczępienie protezy kości, przeszczep kości	60%
434. Całkowite wycięcie kości	40%
435. Wycięcie kości ektopowej	20%
436. Usunięcie zmiany kości	40%
437. Operacje palucha koślawego	10%
438. Rozdzielenie trzonu kości	40%
439. Rozdzielenie kości stopy	40%
440. Drenaż kości	40%
441. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
442. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją zewnętrzną	40%
443. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	40%
444. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	40%
445. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
446. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	40%
447. Uwolnienie przykurczu stawu	20%
448. Wyciąg szkieletowy kości	20%
449. Przeszczep szpiku kostnego	40%
450. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego i barkowego	5%

NAZWA OPERACJI	% SU*
INNE ZABIEGI OPERACYJNE	
451. Reimplantacja kończyny górnej	60%
452. Reimplantacja kończyny dolnej	60%
453. Reimplantacja innego narządu	60%
454. Wszczępienie protezy kończyny	100%
455. Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	60%
456. Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40%
457. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	60%
458. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	40%
459. Amputacja palucha	20%
460. Operacje w zakresie kikutu po amputacji	40%
461. Amputacja brzuszno-miedniczna	80%
462. Transplantacja międzyukładowa	60%

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Aneta Podyma-Milczarek

Borys Kowalski




Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA URAZÓW

Niniejsza Tabela Urazów stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „Warunkami PUNW”).

POWAŻNE URAZY		% SU*	POWAŻNE URAZY		% SU*
KOŃCZYNY GÓRNE					
1.	Utrata kończyny powyżej stawu łokciowego	80%	37.	Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) bez przemieszczenia	2%
2.	Utrata kończyny powyżej nadgarstka	60%	38.	Złamanie żuchwy – wieloodłamowe	6%
3.	Utrata kończyny w nadgarstku	55%	39.	Złamanie żuchwy – inne niż wieloodłamowe	4%
4.	Całkowita utrata wszystkich palców ręki	50%	40.	Złamanie mózgowiczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	5%
5.	Całkowita utrata kciuka i palca wskazującego	35%	ZŁAMANIA W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ		
6.	Całkowita utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25%	41.	Złamanie od 1 do 3 żeber	2%
7.	Całkowita utrata kciuka (oba paliczki)	20%	42.	Złamanie od 4 do 8 żeber	7%
8.	Utrata paliczka dalszego kciuka	8%	43.	Złamanie 9 i więcej żeber	12%
9.	Całkowita utrata palca wskazującego	15%	44.	Złamanie mostka z przemieszczeniem	5%
10.	Utrata paliczka dalszego palca wskazującego	4%	45.	Złamanie mostka bez przemieszczenia	2%
11.	Utrata paliczka środkowego palca wskazującego	9%	ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA		
12.	Całkowita utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5%	46.	Kompresyjne złamanie trzonów kręgów – za każdy	7%
13.	Utrata paliczka dalszego palca III–V ręki	1%	47.	Złamanie wyrostków kolczystych poprzecznych – za każdy	1%
14.	Utrata paliczka środkowego palca III–V ręki	3%	48.	Złamanie łuków kręgów – za każdy	3%
KOŃCZYNY DOLNE			49.	Złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2%
15.	Utrata kończyny powyżej kolana	80%	50.	Złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	4%
16.	Utrata kończyny powyżej stawu skokowego	60%	ZŁAMANIA W OBRĘBIE MIEDNICY		
17.	Utrata kończyny na poziomie stawu skokowego	45%	51.	Złamanie panewki stawu biodrowego	10%
18.	Utrata kończyny w obrębie stępu	40%	52.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej:	
19.	Utrata kończyny w obrębie śródstopia	30%		a) w odcinku przednim jednostronnie	2%
20.	Całkowita utrata wszystkich palców u stopy	25%		b) w odcinku przednim obustronnie lub jednostronnie kość łonowa i kulszowa	5%
21.	Całkowita utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20%		c) w odcinku przednim i tylnym bez przemieszczenia	10%
22.	Całkowita utrata palucha	10%		d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20%
23.	Całkowita utrata palca innego niż paluch	3%	53.	Złamanie miednicy bez przerwania obręczy biodrowej:	
GŁOWA				a) złamanie jednemiejskowe nieprzemieszczone	2%
24.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach	100%		b) złamanie jednemiejskowe z przemieszczeniem	4%
25.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obojgu uszach	100%		c) złamanie wielomiejskowe bez przemieszczenia	5%
26.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%		d) złamanie wielomiejskowe z przemieszczeniem	10%
27.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	40%	ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ		
28.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	20%	54.	Złamanie łopatki:	
29.	Utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30%		a) wieloodłamowe	5%
ZŁAMANIA				b) jednemiejskowe z przemieszczeniem	3%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE CZASZKI				c) inne złamania	1%
30.	Złamania pokrywy czaszki – za każdą kość	2%	55.	Złamanie obojczyka:	
31.	Złamanie podstawy czaszki	6%		a) wieloodłamowe	5%
32.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2%		b) jednemiejskowe z przemieszczeniem	3%
33.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1%		c) inne złamania	1%
34.	Złamanie kości jarzmowej z przemieszczeniem	3%	56.	Złamanie kości ramiennej – bliższej nasady:	
35.	Złamanie kości jarzmowej bez przemieszczenia	1%		a) wieloodłamowe	10%
36.	Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) z przemieszczeniem	5%		b) jednemiejskowe z przemieszczeniem	4%
				c) inne złamania	2%
			57.	Złamanie kości ramiennej – trzonu:	

POWAŻNE URAZY		% SU*
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
58.	Złamanie kości ramiennej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
59.	Złamanie trzonów kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
60.	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
61.	Złamanie kości nadgarstka:	
	a) złamania mnogie (2 lub więcej) kości nadgarstka	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
62.	Złamanie kości śródreżca:	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
63.	Złamanie II kości śródreżca:	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
64.	Złamanie III, IV, V kości śródreżca (każda):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%
65.	Złamanie kciuka	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
66.	Złamanie palca wskazującego	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
67.	Złamanie palca III, IV, V (każdy):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY DOLNEJ		
68.	Złamanie kości udowej – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	15%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	10%
	c) inne złamania	8%
69.	Złamanie trzonu kości udowej:	
	a) wieloodłamowe	12%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
	c) inne złamania	4%

POWAŻNE URAZY		% SU*
70.	Złamanie kości udowej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
71.	Złamanie rzepki:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
72.	Złamanie kości podudzia – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	12%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
	c) inne złamania	5%
73.	Złamanie trzonu kości podudzia:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	7%
	c) inne złamania	4%
74.	Złamanie kości podudzia – dalszej nasady:	
	a) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2%
	b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3%
	c) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3%
	d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5%
	e) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8%
	f) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5%
	g) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10%
	h) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6%
	i) inne złamania	3%
75.	Złamanie kości skokowej i piętowej (każda):	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
76.	Złamanie kości stępu (każda):	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
77.	Złamanie kości śródstopia (każda):	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamania	2%
78.	Złamanie palucha:	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
79.	Złamanie palców II–V (każdy):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%
OPARZENIA		
80.	Oparzenia skóry II°:	
	a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	1%
	b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	7%

POWAŻNE URAZY		% SU*
	c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	20%
	d) od 19% do 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	40%
	e) powyżej 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
81.	Oparzenia skóry III°:	
	a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	3%
	b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	25%
	c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
	d) powyżej 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
82.	Oparzenia dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	10%
83.	Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego wymagające hospitalizacji	10%
ODMROŻENIA		
84.	Odmrożenie co najmniej II° jednego palca dłoni	0,5%
85.	Odmrożenie co najmniej II° jednego palca stopy	0,5%
86.	Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca dłoni	2%
87.	Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca stopy	2%
88.	Odmrożenie co najmniej II° w obrębie nosa	2%
89.	Odmrożenie co najmniej II° w obrębie ucha	2%
INNE URAZY		
90.	Całkowite i nieodwracalne porażenie (paraliż) co najmniej dwóch kończyn	100%

POWAŻNE URAZY		% SU*
91.	Uraz głowy z koniecznością kraniotomii	20%
92.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością torakotomii	10%
93.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością drenażu opłucnej	5%
94.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością resekcji tkanki płucnej	25%
95.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością laparotomii	5%
96.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością usunięcia śledziony	15%
97.	Urazowa utrata nerki	30%
98.	Wstrząśnienie mózgu z koniecznością hospitalizacji:	
	a) od 2 do 5 dni	2%
	b) od 6 do 10 dni	5%
	c) powyżej 10 dni	7%

Niniejsza Tabela Urazów została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Aneta Podyma-Milczarek

Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA WAD WRODZONYCH

Niniejsza Tabela Wad Wrodzonych stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą Wrodzoną (zwaną dalej „Warunkami UDWW”).

RODZAJ WADY WRODZONEJ	
1.	Przepuklina mózgowia
2.	Małogłowcie
3.	Wodogłowcie wrodzone
4.	Rozszczep kręgosłupa
5.	Ślepotą, bezocze, małocze, wielkoocze
6.	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7.	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8.	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9.	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
10.	Wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego (zespół Klippela-Feila)
11.	Wady rozwojowe przegród serca
12.	Wady rozwojowe zastawek serca
13.	Wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
14.	Wady rozwojowe wielkich tętnic
15.	Wrodzone wady rozwojowe nosa
16.	Wady rozwojowe krtani
17.	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
18.	Wrodzone wady rozwojowe płuc
19.	Rozszczep podniebienia
20.	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
21.	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
22.	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
23.	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
24.	Choroba Hirschsprunga
25.	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
26.	Niewytworzenie jądra
27.	Spodziectwo
28.	Płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
29.	Niewytworzenie nerki
30.	Wielotorbielowatość nerek
31.	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
32.	Wynicowanie pęcherza moczowego

RODZAJ WADY WRODZONEJ	
33.	Wrodzone zniekształcenia stopy
34.	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w obrębie czaszki, twarzy, kręgosłupa, klatki piersiowej
35.	Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej
36.	Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
37.	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
38.	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-kostnego
39.	Wrodzona rybia łuska
40.	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
41.	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
42.	Fakomatozy
43.	Zespół Downa
44.	Zespół Edwardsa i Pataua
45.	Zespół Turnera
46.	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
47.	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
48.	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
49.	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
50.	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
51.	Mukowiscydoza

Niniejsza Tabela Wad Wrodzonych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem podjęcia uchwały.

Aneta Podyma-Milczarek

Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.



unum®

**Dokument zawierający informacje
o produkcie ubezpieczeniowym.**

Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Spis treści

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAWIERANA NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - UMOWA PODSTAWOWA	4
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	6
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	8
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU W PRACY	10
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU	12
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO	14
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	16
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO	18
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA	20
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	22
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA	24
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	26
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONOGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	28
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU	30
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	32
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	34
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM LUB CHOROBA	36
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ZE ŚWIADCZENIAMI WYPŁACANYMI W RATACH	38

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO	40
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO	42
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ	44
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO	46
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA UBEZPIECZONEGO	48
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO	50
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY MAŁŻONKA	52
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY DZIECKA	54
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH	56
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA	58
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO	60
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU MAŁŻONKA	62
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU DZIECKA	64
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA	66
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ	68
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA	70
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO	72
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	74
DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO URAZU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	76

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie.

UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZAWIERANA NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - UMOWA PODSTAWOWA

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r.
obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Grupowe ubezpieczenie na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli:

1. śmierć ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub zamieszkach;
2. ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w okresie 2 lat od daty objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:

1. niedostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
2. podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
3. udzielić Unum dodatkowych informacji lub poddać się dodatkowym badaniom medycznym (finansowanym przez Unum), niezbędnym do dokonania oceny zdolności ubezpieczeniowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum. Składka może być finansowana ze środków Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego będącego pracownikiem kończy się:

1. w dniu śmierci ubezpieczonego;
2. w ostatnim dniu miesiąca polisowego, w którym nastąpi jedno ze zdarzeń:
 - a) ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - b) ustanie zatrudnienia ubezpieczonego u ubezpieczającego;
 - c) ubezpieczony rozpoczął urlop bezpłatny dłuższy niż 1 miesiąc kalendarzowy;
 - d) ubezpieczony rozpoczął urlop wychowawczy;
 - e) ubezpieczony został oddelegowany do służby wojskowej;
 - f) ubezpieczony utracił uprawnienia do ochrony ubezpieczeniowej ze względu na niespełnienie dodatkowych kryteriów kwalifikacji uprawniających do objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - g) ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia;
3. z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia;
4. w dniu odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
5. z końcem okresu prolongaty płatności składki, jeżeli składka nie została opłacona.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego będącego małżonkiem, partnerem życiowym albo pełnoletnim dzieckiem ubezpieczonego będącego pracownikiem kończy się:

1. w dniu śmierci ubezpieczonego;
2. w dniu zakończenia odpowiedzialności w stosunku do ubezpieczonego będącego pracownikiem;
3. w ostatnim dniu miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - a) ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - b) ustał związek małżeński pomiędzy ubezpieczonym będącym pracownikiem a ubezpieczonym będącym małżonkiem;
 - c) ubezpieczony będący pracownikiem wskazał inną osobę jako partnera życiowego;
 - d) ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Kto może przystąpić do umowy ubezpieczenia?

1. Pracownik:
 - a) osoba fizyczna zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie stosunku pracy lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna z ubezpieczającym trwa w sposób ciągły od momentu zawarcia i nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia;
 - b) ubezpieczający będący osobą fizyczną, w tym wspólnik spółki cywilnej, a także wspólnik (osoba fizyczna) ubezpieczającego będącego osobową spółką prawa handlowego (tzw. Właściciel);
2. małżonek Pracownika;
3. partner życiowy Pracownika;
4. pełnoletnie dziecko Pracownika.

Przystąpić do ubezpieczenia mogą osoby, które nie przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do których nie orzeczono niezdolności do pracy.

W przypadku, gdy uprawniony do objęcia ochroną ubezpieczeniową małżonek, partner życiowy albo pełnoletnie dziecko jest równocześnie uprawnionym do objęcia ochroną pracownikiem, każda z tych osób może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową tylko raz albo jako pracownik albo jako małżonek albo jako partner życiowy albo jako pełnoletnie dziecko.

Jaki jest wiek wstępu?

Uprawniona do przystąpienia do umowy ubezpieczenia jest osoba która ukończyła 16 lat i nie ukończyła 69 lat, zaś w przypadku pełnoletnich dzieci ubezpieczonych pracowników – uprawnionym do przystąpienia do ubezpieczenia jest osoba która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 69 lat.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa podstawowa zawierana jest na okres jednego roku i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

Informujemy, że przesłane w wiadomości elektronicznej dokumenty dostępne są również nieodpłatnie w wersji papierowej. W przypadku potrzeby otrzymania dokumentacji w takiej formie prosimy o informację zwrotną.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI ŚNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku;
2. śmierć nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej;
2. jeżeli śmierć ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi bezpośrednio w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO („WARUNKI ŚWK”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?	Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek wypadku komunikacyjnego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 - ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.). Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.
Co jest przedmiotem ubezpieczenia?	Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki: 1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek wypadku komunikacyjnego; 2. śmierć nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego; 3. wypadek komunikacyjny i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum. W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.
Czego nie obejmuje ubezpieczenie?	Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).
Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?	Świadczenie nie zostanie wypłacone: 1. w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej; 2. jeżeli śmierć ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego nastąpi bezpośrednio w wyniku: a) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; b) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa; c) pozostawiania przez ubezpieczonego w stanie w po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.
Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?	Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.
Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?	Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek: 1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia; 2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU W PRACY („WARUNKI ŚWP”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek wypadku w pracy rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego na skutek wypadku w pracy, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek wypadku w pracy;
2. śmierć nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty wypadku w pracy;
3. wypadek w pracy i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku w pracy Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej;
2. jeżeli śmierć ubezpieczonego na skutek wypadku w pracy nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - a) pozostawania przez ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku w pracy;
 - b) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - d) wykonywania przez ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
 - e) nieprzestrzegania przez ubezpieczonego przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, regulaminu pracy.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU („WARUNKI SZU”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub śmierci na skutek udaru mózgu był odpowiednio zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu;
2. zarówno zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu, jak i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej;
2. jeżeli śmierć ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub śmierć na skutek udaru mózgu nastąpi bezpośrednio w wyniku odpowiednio zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobami, które zostały zdiagnozowane u ubezpieczonego lub z powodu których u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków SZU, z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymała oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO („WARUNKI ŚMP”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci małżonka albo partnera życiowego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć małżonka albo partnera życiowego nastąpi:

1. po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek albo partner życiowy ukończył 70 lat;
2. bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału małżonka lub partnera życiowego w aktach terroru lub w zamieszkach;
3. bezpośrednio w wyniku popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP;

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Dodatkowo, w przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego w okresie 6 miesięcy licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI ŚMPNW”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku;
2. śmierć małżonka albo partnera życiowego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek i śmierć małżonka albo partnera życiowego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:

1. po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek albo partner życiowy ukończył 70 lat;
2. bezpośrednio w wyniku: działań wojennych, czynnego udziału małżonka lub partnera życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
3. bezpośrednio w wyniku popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW;
4. bezpośrednio w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez małżonka albo partnera życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO („WARUNKI ŚMPWK”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek wypadku komunikacyjnego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek wypadku komunikacyjnego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego na skutek wypadku komunikacyjnego, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek wypadku komunikacyjnego;
2. śmierć małżonka albo partnera życiowego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego;
3. wypadek komunikacyjny i śmierć małżonka albo partnera życiowego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego na skutek wypadku komunikacyjnego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć małżonka albo partnera życiowego na skutek wypadku komunikacyjnego nastąpi:

1. po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek albo partner życiowy ukończył 70 lat;
2. bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
3. bezpośrednio w wyniku popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK;
4. bezpośrednio w wyniku prowadzenia przez małżonka albo partnera życiowego pojazdu mechanicznego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
5. bezpośrednio w wyniku popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
6. bezpośrednio w wyniku pozostawiania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA („WARUNKI ŚD”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?	Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.). Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.
Co jest przedmiotem ubezpieczenia?	Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci dziecka. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka (które nie ukończyło 25. roku życia) w okresie odpowiedzialności Unum. W przypadku śmierci dziecka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.
Czego nie obejmuje ubezpieczenie?	Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).
Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?	Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć dziecka nastąpiła bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub zamieszkach; Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?	Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.
Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?	Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek: 1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia; 2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
Jak i kiedy należy opłacać składki?	Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum. Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.
Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?	Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.
Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?	Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymała oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI ŚDNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka (które nie ukończyło 25 roku życia) na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci dziecka były obrażenia ciała powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku;
2. śmierć dziecka nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek i śmierć dziecka nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. jeżeli śmierć dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej na wypadek śmierci Rodzica.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA („WARUNKI ŚR”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?	<p>Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).</p> <p>Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.</p>
Co jest przedmiotem ubezpieczenia?	<p>Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci rodzica.</p> <p>Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum.</p> <p>W przypadku śmierci rodzica Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.</p>
Czego nie obejmuje ubezpieczenie?	<p>Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).</p>
Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?	<p>Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.</p> <p>Dodatkowo, w przypadku śmierci rodzica w okresie 6 miesięcy licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica).</p>
Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?	<p>Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.</p>
Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?	<p>Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:</p> <ol style="list-style-type: none">1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
Jak i kiedy należy opłacać składki?	<p>Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.</p> <p>Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.</p>
Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?	<p>Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.</p>

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej śmierci rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI ŚMPNW”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci śmierci rodzica na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku;
2. śmierć rodzica nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek i śmierć rodzica nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku śmierci rodzica na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć rodzica na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi bezpośrednio w wyniku wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez rodzica będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONOGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI UNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek;
2. uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:

- a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
- b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Z tytułu uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn świadczenie przysługuje maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW.

W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejscowy świadczenie zostanie wypłacone w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia, które byłoby należne z tytułu uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU („WARUNKI UZU”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu;
2. zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu powodujący uszczerbek na zdrowiu został zdiagnozowany w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Unum;
3. uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty zdiagnozowania zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

W przypadku uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. jeżeli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, który spowodował uszczerbek na zdrowiu nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
2. jeżeli uszczerbek na zdrowiu powstał bezpośrednio w wyniku zawału mięśnia sercowego pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą niedokrwinną serca, która została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub z powodu której u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu).

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:

- a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
- b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% uszczerbku na zdrowiu.

Suma świadczeń nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymała oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA ŻYCIOWEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI UMPNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego był nieszczęśliwy wypadek;
2. uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. jeżeli uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek albo partner życiowy ukończył 70 lat;
2. jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera życiowego nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa małżonka albo partnera życiowego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez małżonka albo partnera życiowego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Z tytułu uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn świadczenia przysługuje maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.

W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejskowy świadczenie zostanie wypłacone w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia, które byłoby należne z tytułu uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI UDNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci uszczerbku na zdrowiu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Zakres ubezpieczenia obejmuje uszczerbek na zdrowiu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu dziecka był nieszczęśliwy wypadek;
2. uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną uszczerbku na zdrowiu dziecka nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku uszczerbku na zdrowiu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący uszczerbek na zdrowiu dziecka nastąpi bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Z tytułu uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn świadczenia przysługuje maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.

W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejscowy świadczenie zostanie wypłacone w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia, które byłoby należne z tytułu uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM LUB CHOROBA („WARUNKI TNP”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- niezdolność do pracy na skutek nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie zostały spełnione warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną niezdolności do pracy był nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum;
 - niezdolność do pracy ubezpieczonego została stwierdzona w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - niezdolność do pracy nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum i trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości.
- niezdolność do pracy na skutek choroby, o ile łącznie zostały spełnione warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną niezdolności do pracy była choroba, która została zdiagnozowana w okresie trwania odpowiedzialności Unum;
 - niezdolność do pracy nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum i trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty zdiagnozowania choroby i na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości.

W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność do pracy powstała bezpośrednio w wyniku:

- działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
- próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- obrażeń odniesionych w czasie popełniania przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;

5. chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00–F99);
6. choroby, która została zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą).

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:

1. braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
2. podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymała oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK TRWAŁEGO INWALIDZTWA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ZE ŚWIADCZENIAMI WYPŁACANYMI W RATACH („WARUNKI TINW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku ze świadczeniami wypłacanymi w ratach rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku ze świadczeniami wypłacanymi w ratach, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa był nieszczęśliwy wypadek;
2. nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią przyczyną trwałego inwalidztwa nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum;
3. trwałe inwalidztwo powstało w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i zostało stwierdzone na podstawie diagnozy medycznej potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim;
4. obrażenia ciała skutkujące trwałym inwalidztwem występowały przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku, po upływie tego okresu pozostały całkowite i trwałe, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań poprawy stanu zdrowia.

W przypadku trwałego inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie jednorazowe oraz świadczenia w formie rat miesięcznych ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiło bezpośrednio w wyniku:

1. działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
2. próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
3. popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
4. wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Z tytułu trwałego inwalidztwa powstałego na skutek jednego nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn świadczenie przysługuje maksymalnie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO („WARUNKI PCH”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby ubezpieczonego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u ubezpieczonego którejkolwiek z 49-ciu poważnych chorób (zdefiniowanych w Warunkach PCH) w okresie odpowiedzialności Unum. Diagnoza poważnej choroby musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

W przypadku poważnej choroby ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli poważna choroba ubezpieczonego powstała bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w definicjach poważnych chorób.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku poważnej choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby ubezpieczonego).
 3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z poważną chorobą została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby ubezpieczonego).
 4. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

5. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby ubezpieczonego).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO („WARUNKI LSP”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie specjalistyczne ubezpieczonego, niezbędne z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu, obejmujące przeprowadzenie jednej z następujących procedur leczenia:

1. ablacja,
2. chemioterapia,
3. wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
4. radioterapia,
5. wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardio-stymulatora),
6. terapia interferonowa,
7. dializoterapia,
8. leczenie przeciwwirusowe,

które rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku leczenia specjalistycznego ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie specjalistyczne nastąpi bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału w aktach terroru lub zamieszkach;

a także, jeżeli leczenie specjalistyczne było spowodowane:

- b) próbą samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- d) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na leczenie specjalistyczne zostało wystawione lub w przypadku, gdy o przeprowadzeniu leczenia specjalistycznego postanowiono przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego).

3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach leczenia specjalistycznego została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego).
4. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdarzenia (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego).
5. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 1. braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 2. podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ („WARUNKI CHN”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania choroby nowotworowej rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum choroby nowotworowej tj.:

1. Nowotworu złośliwego;
2. Nowotworu o granicznej złośliwości.

Diagnoza choroby nowotworowej musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

W przypadku zdiagnozowania choroby nowotworowej Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba nowotworowa nastąpi bezpośrednio w wyniku chorób powstałych w następstwie zakażenia wirusem HIV.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy postępowanie diagnostyczne lub lecznicze choroby nowotworowej trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania choroby nowotworowej).
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba nowotworowa pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą, która została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub z powodu której u ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania choroby nowotworowej).
4. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% świadczenia, które byłoby wypłacone z tytułu nowotworu o granicznej złośliwości (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania choroby nowotworowej).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO („WARUNKI LSPO”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego onkologicznego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego, niezbędne z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu, obejmujące przeprowadzenie jednej z następujących procedur leczenia:

1. Chemioterapia,
2. Immunoterapia,
3. Hormonoterapia,
4. Radioterapia,
5. Terapia celowana,

które rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie specjalistyczne onkologiczne było spowodowane:
 - a) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - b) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na leczenie specjalistyczne onkologiczne zostało wystawione przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO lub w przypadku gdy o przeprowadzeniu leczenia specjalistycznego onkologicznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego onkologicznego).
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach leczenia specjalistycznego onkologicznego została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego onkologicznego).
4. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdarzenia (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego onkologicznego).

5. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA UBEZPIECZONEGO („WARUNKI CHK”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek chorób układu krążenia ubezpieczonego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u ubezpieczonego którejkolwiek z 11-stu chorób układu krążenia (zdefiniowanych w Warunkach CHK) w okresie odpowiedzialności Unum. Diagnoza choroby układu krążenia musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

W przypadku poważnej choroby małżonka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

- Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba układu krążenia ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - działania wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach, a także jeżeli choroba układu krążenia powstała bezpośrednio w wyniku;
 - próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - popętnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku choroby układu krążenia, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek chorób układu krążenia ubezpieczonego).
- Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą układu krążenia została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek chorób układu krążenia ubezpieczonego).
- Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

5. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% świadczenia, które byłoby wypłacone z tytułu jednego ze zdarzeń:
 - a) małoinwazyjnej operacji zastawek serca,
 - b) operacji na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej,
 - c) udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych(z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek chorób układu krążenia).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO („WARUNKI LSK”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego kardiologicznego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego, niezbędne z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu, obejmujące przeprowadzenie jednej z następujących procedur leczenia:

1. ablacja,
2. angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
3. embolizacja tętniaka tętnic mózgowych,
4. walwuloplastyka balonowa,
5. wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
6. wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora),

które rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie specjalistyczne kardiologiczne nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach; a także, jeżeli Leczenie specjalistyczne kardiologiczne było spowodowane:
 - b) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - d) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy skierowanie na leczenie specjalistyczne kardiologiczne zostało wystawione przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSK lub w przypadku gdy o przeprowadzeniu leczenia specjalistycznego kardiologicznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego kardiologicznego).
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach leczenia specjalistycznego kardiologicznego została zdiagnozowana u ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSK (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego kardiologicznego).

4. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdarzenia (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego kardiologicznego).
5. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY MAŁŻONKA („WARUNKI PCHM”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby małżonka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci poważnej choroby małżonka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u małżonka którejkolwiek z 49-ciu poważnych chorób (zdefiniowanych w Warunkach PCHM) w okresie odpowiedzialności Unum. Diagnoza poważnej choroby musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

W przypadku poważnej choroby małżonka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli poważna choroba małżonka została zdiagnozowana po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli poważna choroba małżonka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w definicjach poważnych chorób.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku poważnej choroby małżonka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby małżonka).
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z poważną chorobą została zdiagnozowana u małżonka lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby małżonka).

4. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) odmowy przez małżonka poddania się badaniom medycznym określonym przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych.
5. W przypadku zdiagnozowania poważnej choroby małżonka w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHM (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby małżonka).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY DZIECKA („WARUNKI PCHD”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby dziecka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci poważnej choroby dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u dziecka ubezpieczonego (które ukończyło 2. dobę życia i które nie ukończyło 25 lat) którejkolwiek z 24 poważnych chorób (zdefiniowanych w Warunkach PCHD) w okresie odpowiedzialności Unum. Diagnoza poważnej choroby musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

W przypadku poważnej choroby dziecka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone:

1. jeżeli poważna choroba dziecka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) wad wrodzonych;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w definicjach poważnych chorób.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku poważnej choroby dziecka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u dziecka w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby dziecka).
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z poważną chorobą dziecka została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u dziecka zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby dziecka).

4. W przypadku zdiagnozowania poważnej choroby dziecka w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpi w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnej choroby dziecka).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH („WARUNKI OCH”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie operacji chirurgicznej u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku operacji chirurgicznych Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja chirurgiczna nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH;
 - c) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - d) leczenia wad wrodzonych rozpoznanych przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych;
 - e) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH;
 - f) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - g) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - h) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - i) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych.
2. W przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych).

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:

- a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
- b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA („WARUNKI OCHM”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych małżonka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci operacji chirurgicznej małżonka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie operacji chirurgicznej u małżonka w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku operacji chirurgicznych Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja chirurgiczna małżonka została przeprowadzona po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli operacja chirurgiczna małżonka została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału małżonka w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) nieszczęśliwego wypadku małżonka, który miał miejsce przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM;
 - c) próby samobójstwa małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - d) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych, rozpoznanych przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej;
 - e) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM;
 - f) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - g) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - h) popełnienia przez małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - i) pełnienia przez małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa małżonka w operacjach sił zbrojnych.
2. W przypadku przeprowadzenia operacji chirurgicznej u małżonka w okresie 3 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHM (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznych małżonka).

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO („WARUNKI PSU”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu ubezpieczonego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

1. pobyt w szpitalu ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum;
2. pobyt na OIOM ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum;
3. rekonwalescencję ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum i która nastąpiła bezpośrednio po pobycie w szpitalu, z tytułu którego świadczenie jest należne;
4. pobyt w sanatorium ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum i który jest kontynuacją leczenia po pobycie w szpitalu, z tytułu którego świadczenie jest należne.

W przypadku pobytu w szpitalu ubezpieczonego Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli pobyt w szpitalu ubezpieczonego lub pobyt na OIOM ubezpieczonego powstały na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego lub wypadku w pracy;
 - e) leczenia niepłodności;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
 - h) wykonywania u ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU;

- i) wykonania u ubezpieczonego okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - j) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - k) leczenia chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu ubezpieczonego).
 3. W każdym roku ubezpieczenia świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zostanie wypłacone maksymalnie za 180 dni pobytu, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 – świadczeni zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni pobytu w szpitalu.
 4. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM zostanie wypłacone za nie więcej niż 5 dni pobytu na OIOM.
 5. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji zostanie wypłacone pod warunkiem, że pobyt na wydanym przez Szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po pobycie w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 14 dni a świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu jest należne.
 6. Świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium zostanie wypłacone jeden raz w danym roku ubezpieczenia pod warunkiem, że świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu jest należne.
 7. W danym roku ubezpieczenia świadczenie apteczne może zostać wypłacone po nie więcej niż trzech pobytach w szpitalu, które rozpoczęły się i trwały w danym roku ubezpieczenia.
- Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
- a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU MAŁŻONKA („WARUNKI PSM”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu małżonka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci pobytu w szpitalu małżonka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w szpitalu małżonka, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku pobytu w szpitalu małżonka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie miesiąca polisowego, w którym małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało na skutek:

- a) działań wojennych, czynnego udziału małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez małżonka będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
- e) leczenia niepłodności;
- f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
- g) pełnienia przez małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa małżonka w operacjach sił zbrojnych;
- h) wykonania u małżonka operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM;
- i) wykonania u małżonka okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
- j) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
- k) leczenia chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.

2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie jednego miesiąca licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu małżonka).
3. W każdym roku ubezpieczenia świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zostanie wypłacone maksymalnie za 180 dni pobytu, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 – świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni pobytu w szpitalu.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU DZIECKA („WARUNKI PSD”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci pobytu w szpitalu dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w szpitalu dziecka (które ukończyło 30 dni i nie ukończyło 18 lat), jeżeli rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku pobytu w szpitalu dziecka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu dziecka powstał na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z wad wrodzonych;
 - g) wykonania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków nieszczęśliwych wypadków, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD;
 - h) wykonania u dziecka okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - j) leczenia chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.
2. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

3. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca licząc od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka).
4. W każdym roku ubezpieczenia świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zostanie wypłacone maksymalnie za 180 dni pobytu, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 – świadczeni zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni pobytu w szpitalu.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA („WARUNKI UD”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia polegającego na urodzeniu dziecka.

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD jest:

- a) urodzenie dziecka;
- b) urodzenie dziecka martwego,

które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku urodzenia dziecka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie z tytułu urodzenia dziecka martwego nie zostanie wypłacone w przypadku poronienia, do którego doszło przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ („WARUNKI UDWW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka z wadą wrodzoną rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu ubezpieczonego polegające na urodzeniu dziecka z wadą wrodzoną.

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia jest urodzenie dziecka z wadą wrodzoną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWW nie zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie dziecka z wadą wrodzoną nastąpiło na skutek:

- choroby lub urazu dziecka zaistniałych podczas porodu;
- choroby AIDS lub zarażenia się dziecka wirusem HIV w okresie zarodkowym lub w okresie płodowym;
- przyjmowania przez matkę biologiczną dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza) lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.

W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdarzenia (z zastrzeżeniem przypadków wskazanych w warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka z wadą wrodzoną).

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

- prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
- podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA („WARUNKI OD”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?	Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 1 – ubezpieczenia na życie; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.). Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.
Co jest przedmiotem ubezpieczenia?	Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zdarzeniem objętym zakresem ubezpieczenia jest osierocenie dziecka przez ubezpieczonego (które nie ukończyło 25 lat lub bez względu na wiek, jeżeli została w stosunku do niego orzeczona niezdolność do pracy) w okresie odpowiedzialności Unum. W przypadku osierocenia dziecka Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.
Czego nie obejmuje ubezpieczenie?	Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).
Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?	Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadkach wskazanych w umowie podstawowej.
Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?	Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.
Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?	Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek: 1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia; 2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
Jak i kiedy należy opłacać składki?	Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum. Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.
Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?	Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.
Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?	Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.
Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?	Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO („WARUNKI REHMED”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek rehabilitacji medycznej po pobycie w szpitalu ubezpieczonego rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje rehabilitację medyczną ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3 miesiąca licząc od daty zakończenia przez ubezpieczonego pobytu w szpitalu, z tytułu którego ubezpieczony nabył prawo do świadczenia.

W przypadku rehabilitacji medycznej Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli rehabilitacja medyczna nastąpi bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone również w przypadku, gdy rehabilitacja medyczna została przeprowadzona na skutek:
 - a) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - e) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
3. Ponadto świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - a) skierowanie na rehabilitację medyczną ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o rehabilitacji medycznej ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED;

- b) przeprowadzenie rehabilitacji medycznej ubezpieczonego wymagało działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
- 4. W danym roku ubezpieczenia świadczenie może zostać wypłacone maksymalnie za 3 rehabilitacje medyczne przeprowadzone po pobycie w szpitalu ubezpieczonego, z tytułu którego świadczenie jest należne.
- 5. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYTCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM („WARUNKI REHNW”)

zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek rehabilitacji medycznej po pobyciu w szpitalu ubezpieczonego spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.). Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje rehabilitację medyczną na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca licząc od daty zakończenia przez ubezpieczonego pobytu w szpitalu, z tytułu którego ubezpieczony nabył prawo do świadczenia.

W przypadku rehabilitacji medycznej na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli rehabilitacja medyczna na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone również w przypadku, gdy rehabilitacja medyczna na skutek nieszczęśliwego wypadku została przeprowadzona na skutek:
 - a) próby samobójstwa ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - d) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
3. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW nie zostanie wypłacone, jeżeli skierowanie na rehabilitację medyczną na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o rehabilitacji medycznej na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW.

4. W danym roku ubezpieczenia świadczenie może zostać wypłacone maksymalnie za 3 rehabilitacje medyczne przeprowadzone po pobycie ubezpieczonego w szpitalu, z tytułu którego świadczenie jest należne.
5. Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku:
 - a) braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia;
 - b) podania przed objęciem ochroną ubezpieczeniową nieprawdziwych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Ubezpieczyciel: Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (zwana dalej „Unum”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

Niniejszy dokument nie jest częścią umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego. Jego zadaniem jest przekazanie najistotniejszych informacji o produkcie ubezpieczeniowym. Pełne informacje o warunkach umowy ubezpieczenia zawarte są w innych dokumentach m.in. w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz Warunkach umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA ZAWIERANA NA PODSTAWIE WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO URAZU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU („WARUNKI PUNW”) zatwierdzonych uchwałą Zarządu Unum nr 12/07/2020 z dnia 21 lipca 2020 r. obowiązujących od dnia podjęcia uchwały.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Umowa dodatkowa grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego urazu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku rozszerza zakres Umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (Dział 1, Grupa 5 – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeżeli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1-4; zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.).

Zawarcie umowy dodatkowej jest dobrowolne.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu ubezpieczonego zdarzenia w postaci poważnego urazu dziecka (które ukończyło 1 miesiąc i nie ukończyło 25 lat).

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie poważnego urazu dziecka, o ile zostały spełnione warunki:

1. bezpośrednią i wyłączną przyczyną poważnego urazu był nieszczęśliwy wypadek;
2. poważny uraz dziecka został stwierdzony w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3. nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną poważnego urazu dziecka nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum.

W przypadku poważnego urazu dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci osobie uprawnionej świadczenie ustalone w oparciu o sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia oraz podaną w certyfikacie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Unum nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zdarzeń nie objętych zakresem ubezpieczenia, nie spełniających definicji lub które nastąpiły poza okresem odpowiedzialności Unum, a także w przypadkach ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Unum (zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia).

Jakie są główne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli poważny uraz dziecka powstał bezpośrednio w wyniku:

1. działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
2. próby samobójstwa dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności dziecka;
3. popełnienia przez dziecko czynu noszącego ustawowe znamion umyślnego przestępstwa;
4. wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

Za wszystkie poważne urazy dziecka powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.

Unum może uchylić się od wypłaty świadczenia w przypadku braku dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium całego świata.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

Przed przystąpieniem do ubezpieczenia ubezpieczony ma obowiązek:

1. prawidłowo wypełnić Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz złożyć wymagane przez Unum oświadczenia;
2. podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum pyta we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych formularzach, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Termin oraz częstotliwość płatności określa umowa ubezpieczenia. Składka należna za wszystkich ubezpieczonych z tytułu umowy ubezpieczenia powinna być opłacana przez ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum.

Składka może być finansowana ze środków pracodawcy i/lub pracownika.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego kończy się z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy podstawowej.

Kiedy i jak można wystąpić z Umowy ubezpieczenia?

Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie na podstawie pisemnego oświadczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Jaki jest okres trwania umowy ubezpieczenia?

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku łącznie z umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia na tych samych zasadach co umowa podstawowa, o ile żadna ze stron umowy nie postanowi inaczej.

Jak można rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeżeli jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia umowy.

Umowa może zostać rozwiązana przez ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec kolejnego miesiąca polisowego.

Umowa może zostać również rozwiązana poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy na kolejny rok ubezpieczenia.



SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEGO I TRWAŁEGO INWALIDZTWA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Szczególnych warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Całkowitego i trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej „SWU CTINW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU CTINW stosuje się postanowienia OWU, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

DEFINICJE

§ 2

1. Stosowanym w niniejszych SWU CTINW określeniom nadaje się znaczenie zdefiniowane w OWU, chyba że SWU CTINW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Całkowite i trwałe inwalidztwo** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; obejmuje tylko i wyłącznie przypadki określone w § 6 ust. 3 poniżej;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie Warunków umowy dodatkowej lub szczególnych warunków umowy dodatkowej, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy podstawowej o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe, zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z Umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez Unum, a jej zawarcie potwierdzone jest w Specyfikacji polisy.

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie SWU CTINW jest Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią przyczyną Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- c) Całkowite i trwałe inwalidztwo powstało w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku i zostało stwierdzone na podstawie diagnozy medycznej potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

§ 4

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie SWU CTINW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU.



WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

§ 5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie SWU CTINW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 17 ust. 2 pkt a) OWU, a także jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący powstanie Całkowitego i trwałego inwalidztwa nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 18 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień (procent) Całkowitego i trwałego Inwalidztwa ustalone zostaną w oparciu o poniższą Tabelę, po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej:

Rodzaj Całkowitego i trwałego inwalidztwa	Procent Całkowitego i trwałego inwalidztwa
a) Całkowity i nieodwracalny paraliż całego ciała	100%
b) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (lub fizyczna utrata oczu)	100%
c) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (lub fizyczna utrata oka)	75%
d) Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach	40%
e) Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	10%
f) Całkowita utrata (bądź całkowita utrata władzy) <ol style="list-style-type: none"> i. jednej ręki bądź dłoni ii. jednego kciuka iii. każdego innego palca u ręki 	50% 15% 6%
g) Całkowita utrata władzy w całej ręce (ramieniu) lub łokciu	20%
h) Całkowita utrata władzy w nadgarstku	15%
i) Całkowita utrata (bądź całkowita utrata władzy) <ol style="list-style-type: none"> i. jednej nogi powyżej kolana lub w kolanie ii. jednej nogi poniżej kolana lub jednej stopy iii. jednego palucha iv. każdego innego palca u nogi 	75% 50% 10% 3%
j) Całkowita utrata władzy w biodrze lub kolanie lub w stawie skokowym	20%
k) Operacyjne usunięcie szczęki dolnej	30%



4. W przypadku stwierdzenia powstania Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% przyznanego Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego powstałego na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. Świadczenie z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z SWU CTINW.
7. W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejskowy, odpowiedzialność Unum ograniczona jest do zapłaty Świadczenia w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Całkowitego i trwałego inwalidztwa polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
8. W przypadku powstania Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Całkowitego i trwałego inwalidztwa, rodzaj i stopień Całkowitego i trwałego inwalidztwa zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
9. Jeżeli według opinii lekarza Unum wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
10. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z SWU CTINW.
11. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

**INFORMACJA DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
 „ASSISTANCE MEDYCZNY” zgodnie z art. 17
 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

	Rodzaj informacji	Nr zapisu OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2 § 1 ust. 4 w związku z § 2 § 4 § 5
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5 § 7.2, § 7.3, § 7.4 § 8.2, § 8.3, § 8.4 § 9.2, § 9.3, § 9.4 § 10.2, § 10.3, § 10.4 § 11.1, § 11.2, § 11.3, § 11.4 § 12.2, § 12.3, § 12.4 § 13.1, § 13.2, § 13.3, § 13.4 § 14.1, § 14.2, § 14.3, § 14.4 § 15.1, § 15.2, § 15.3, § 15.4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny” (dalej „OWU Assistance Medyczny”) mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia (dalej „Umowa Ubezpieczenia Assistance Medyczny”), zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (dalej „Ubezpieczyciel”) a Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej „Ubezpieczający”) na rzecz Ubezpieczonych.
- O ile Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie nie stanowi inaczej, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - w wariantcie I – Ubezpieczonego;
 - w wariantcie II – Małżonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego;
 - w wariantcie III – Dziecko/Dzieci Ubezpieczonego.
- Pod warunkiem przystąpienia do wariantu I, Ubezpieczony może dokupić wariant II i/lub wariant III.
- Na podstawie niniejszych OWU Assistance Medyczny i o ile Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie tak przewiduje, Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonym ochronę w zakresie:
 - Ubezpieczenia „Assistance Medyczny”, o którym mowa w § 7 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy”, o którym mowa w § 8 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku zawału serca lub Udaru Mózgu”, o którym mowa w § 10 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”, o którym mowa w § 12 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna”, o którym mowa w § 13 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna Kardiologiczna”, o którym mowa w § 14 OWU Assistance Medyczny;
 - Ubezpieczenia „Wsparcie dla aktywnych”, o którym mowa w § 15 OWU Assistance Medyczny;co zostanie potwierdzone w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
- Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU Assistance Medyczny jest udzielana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem usługi assistance w ramach ubezpieczenia: „Assistance Medyczny” – pomoc medyczna za granicą oraz w ramach ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”.

§ 2. DEFINICJE

- Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
- Centrum Telemedyczne** – czynne całą dobę centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie Teleopieki Kardiologicznej, należące do podmiotu leczniczego Świadczeniodawcy.
- Certyfikat Ubezpieczenia Assistance Medyczny** – dokument przekazywany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzający datę objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (początek Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej), w którym określony jest zakres udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej oraz podany jest numer telefonu do Ubezpieczyciela.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- Choroba Przewlekła** –
 - stan chorobowy, zdiagnozowany przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem;
 - choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
- Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
- Czasowa Niezdolność do Pracy** – powstała w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej czasowa niezdolność do wykonywania pracy, orzeczona przez Lekarza Prowadzącego Leczenie i potwierdzona wydanym zaświadczeniem lekarskim lub dokumentem wydanym przez inny organ uprawniony do orzekania w zakresie niezdolności do pracy.
- Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego, a także, jeżeli tak określają poszczególne postanowienia niniejszych OWU Assistance Medyczny – dziecko Małżonka albo Partnera Życiowego własne lub przysposobione, które nie ukończyło dwudziestu pięciu lat.
- Dzień Roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu trwający co najmniej jeden dzień rozumiany jako jedna zmiana daty i związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie.
- Katastrofy Naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
- Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczony przez Ubezpieczyciela do współpracy w celu przeprowadzenia Zagranicznej Konsultacji Medycznej, upoważniony do udzielenia Powtórnej Opinii Medycznej.
- Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela.
- Lekarz Prowadzący Leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, na skutek Zdarzenia Ubezpieczeniowego, niebędący członkiem rodziny ani Lekarzem Ubezpieczyciela.
- Małżonka** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński.
- Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
- Miejsce zamieszkania** – adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego podczas zgłoszenia pierwszego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- Nagle Zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
- Niepełnoletnie Dziecko** – Dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, które nie ukończyło 18. roku życia.
- Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia.
- Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, czyli nierokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z tytułu której mógłby uzyskiwać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.
- Nowotwór**, który oznacza:
 - nowotwór złośliwy – oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do skorzystania z ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medyczny, zostanie przyznane, jeśli obecność nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
 - guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3. poziomu inwazji w skali Clarka;
 - mięsak Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM [łącznie z T1 (a) lub T1 (b), lub równoważne według innej klasyfikacji];
 - raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania albo

- nowotwór o granicznej złośliwości, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagającego zabiegu operacyjnego;
- wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) wg badania histopatologicznego wymagające:
 - zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do nowotworu o granicznej złośliwości za datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnej diagnozy nowotworu o granicznej złośliwości przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą.

23. **Okres Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres jednego miesiąca liczony odpowiednio od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego na zasadach opisanych w niniejszych OWU Assistance Medycznego, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
24. **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego/Mażonka/Partnera Życiowego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Mażonka/Partnera Życiowego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego/Mażonka/Partnera Życiowego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Mażonka/Partnera Życiowego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
25. **Osoba do Opieki** – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego lub Mażonka/Partnera Życiowego do opieki nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Zwierzętami Domowymi bądź osoba występująca w imieniu Ubezpieczonego lub Mażonka/Partnera Życiowego i sprawująca opiekę nad jego Niepełnoletnim Dzieckiem i/lub Zwierzętami Domowymi.
26. **Osoba Kontaktowa** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do kontaktu ze Świadczeniodawcą w imieniu Ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań Ubezpieczonego, udostępnionych przez Świadczeniodawcę, na zasadach opisanych w niniejszych OWU Assistance Medycznego.
27. **Osoba Niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym lub Mażonkiem/Partnerem Życiowym, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
28. **Osoba Upoważniona** – osoba wskazana na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej Ubezpieczonego na zasadach określonych w ubezpieczeniu „Powtórna opinia medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medycznego.
29. **Partner Życiowy** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym i niebędąca w innym związku małżeńskim, zgłoszona do ubezpieczenia we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że Ubezpieczony może zgłosić do ubezpieczenia Partnera Życiowego tylko jeden raz w okresie kolejnych 24 miesięcy od poprzedniego wskazania, pod warunkiem iż sam Ubezpieczony nie pozostaje w innym formalnym związku małżeńskim. Partnerem Życiowym nie może być osoba spokrewniona z Ubezpieczonym.
30. **Placówka Medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku świadczenia assistance „Pomoc medyczna za granicą” – w ramach systemu opieki zdrowotnej państwa innego niż Rzeczypospolita Polska.
31. **Placówka Rehabilitacyjna** – działająca zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniającej wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką Rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.
32. **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie.
33. **Powtórna Opinia Medyczna, Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna, Powtórna Opinia Medyczna Kardiologiczna** – opinia będąca rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, dostarczona przez Ubezpieczyciela na piśmie lub w formie elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej.
34. **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający co najmniej jeden dzień rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja, pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych.
35. **Rehabilitacja medyczna** – integralna część leczenia szpitalnego, następująca po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Nieszczęśliwego Wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce Rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, z tytułu którego Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną uznaje się zleczone przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji zabiegi rehabilitacyjne Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawnienia wydaną przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji.
36. **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego albo Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego oraz, w wariantie II, ojciec lub matka Mażonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego albo Macocha lub Ojczym Mażonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Mażonka/Partnera Życiowego Ubezpieczonego.
37. **Sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w miejscowości uzdrowiskowej i działający zgodnie z przepisami prawa zakład leczniczy uzdrowiskowego, przeznaczony do leczenia lub rehabilitacji chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania i rekonwalescencji nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostrzeń, przy wykorzystaniu naturalnych właściwości surowców leczniczych oraz naturalnego klimatu miejscowości, w której się znajduje.
38. **Siła Wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela lub uniemożliwia Ubezpieczonemu lub osobie objętej ochroną ubezpieczeniową zgłoszenie Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
39. **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt Rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wálki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kolnierze, rowerek rehabilitacyjny, walek, półwalek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
40. **Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku świadczenia assistance „Pomoc medyczna za granicą” – w ramach systemu opieki zdrowotnej państwa innego niż Rzeczypospolita Polska. Pojęcie to nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków opieki geriatrycznej, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, uzdrowiskowych, prewencyjnych, szpitali sanatoryjnych, szpitali uzdrowiskowych, ośrodków wypoczynkowych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.
41. **Świadczeniodawca** – Telemedycyna Polska S.A. z siedzibą w Katowicach przy ul. Modelarskiej 12, 40-142 Katowice, podmiot świadczący na zlecenie Ubezpieczyciela usługę Teleopieki Kardiologicznej na rzecz Ubezpieczonego.
42. **Teleopieka Kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez Świadczeniodawcę na rzecz Ubezpieczonego, zgodnie z zakresem określonym w niniejszych OWU Assistance Medycznego.
43. **Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu/Mażonkowi/Partnerowi Życiowemu/Dziecku przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczeń, jeżeli jego stan zdrowia w opinii Lekarza Prowadzącego Leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport Medyczny nie uważa się dojazdów na wizyty kontrolne oraz do poradni rehabilitacyjnej.
44. **Trudna Sytuacja Losowa** – zaistniałe w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, tj. Choroba Ubezpieczonego lub Mażonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, urodzenie martwego Dziecka, Poronienie, śmierć Dziecka, śmierć Mażonka, śmierć Rodzica.
45. **Ubezpieczający** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-854) przy al. Jana Pawła II 17.
46. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego dla m.st. Warszawa, która na podstawie złożonego Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia została zgłoszona do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie oraz do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego.
47. **Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, działająca na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorit e de Contr le Prudentiel (ACP), Banque de France.
48. **Udar Mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, rozumiany też jako zakrzepica, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się wyłącznie:
 - i. porażenie i niedowład kończyn;
 - ii. zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - iii. padaczkę podawarową;
 - iv. uszkodzenie ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - v. zaburzenia mowy;
 - vi. encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu). Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedionkowego.
 W odniesieniu do Udaru Mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
49. **Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. a pracodawcą, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia oraz warunków umów dodatkowych oferowanych przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z tytułu której Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej, i której zakres może zostać rozszerzony na wniosek pracodawcy o Umowę Ubezpieczenia Assistance Medycznego.
50. **Umowa Ubezpieczenia Assistance Medycznego** – umowa grupowego ubezpieczenia, w ramach której świadczone są usługi assistance określone w OWU Assistance Medycznego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych.
51. **Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
52. **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie.
53. **Wada Wrodzona** – nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.
54. **Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia** – formularz zawierający oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, a także do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznego, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody.
55. **Zagraniczna Konsultacja Medyczna** – analiza dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną, dokonana przez Konsultanta. Analiza ma na celu weryfikację, potwierdzenie lub uzupełnienie diagnozy opisanej w tej dokumentacji. Analiza nie obejmuje bezpośrednich konsultacji ani innych bezpośrednich kontaktów pomiędzy Ubezpieczonym a Konsultantem. Zagraniczna konsultacja medyczna wykonywana jest wyłącznie w przypadku stwierdzenia wystąpienia w Ubezpieczonego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 5 OWU Assistance Medycznego.

56. **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z trzech niżej wymienionych objawów:
- typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - świeżych zmian w EKG sugerujących zawał mięśnia sercowego,
 - stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału mięśnia sercowego. W odniesieniu do Zawału mięśnia sercowego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
57. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, które wystąpiło w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i które – stosownie do postanowień niniejszych OWU Assistance Medycznej oraz obowiązujących przepisów prawa – stanowi podstawę wystąpienia do Ubezpieczyciela z roszczeniem o realizację świadczenia w zakresie:
- ubezpieczenia „Assistance Medycznej”, o którym mowa w § 7 OWU Assistance Medycznej – Nagłe Zachorowanie, Nieszczęśliwy Wypadek, Trudna Sytuacja Losowa, narodziny Dziecka;
 - ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy”, o którym mowa w § 8 OWU Assistance Medycznej – powstanie Czasowej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania, trwającej przez okres co najmniej 30 dni;
 - ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Nowotworu”, o którym mowa w § 9 OWU Assistance Medycznej – dzień diagnozy Nowotworu;
 - ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku Zawału serca lub Udaru Mózgu”, o którym mowa w § 10 OWU Assistance Medycznej – dzień zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub zdiagnozowania Udaru Mózgu;
 - ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna”, o którym mowa w § 11 OWU Assistance Medycznej – zdiagnozowanie jednej z 51 Poważnych chorób Ubezpieczonego, wymienionych w § 11.1 ust. 2 OWU Assistance Medycznej;
 - ubezpieczenia „Wsparcie w przypadku śmierci Ubezpieczonego”, o którym mowa w § 12 OWU Assistance Medycznej – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku albo śmierć Ubezpieczonego wskutek Choroby;
 - ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna”, o którym mowa w § 13 OWU Assistance Medycznej – zdiagnozowanie Ubezpieczonego Nowotworu;
 - ubezpieczenia „Powtórna Opinia Medyczna Kardiologiczna”, o którym mowa w § 14 OWU Assistance Medycznej – zdiagnozowanie jednej z 11 Chorób kardiologicznych Ubezpieczonego, wymienionych w § 14.1 ust. 2 OWU Assistance Medycznej;
 - ubezpieczenia „Wsparcie dla aktywnych”, o którym mowa w § 15 OWU Assistance Medycznej – Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, powstanie Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Rehabilitacja medyczna po Pobyście Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanym Nieszczęśliwym Wypadkiem.
58. **Zestaw Teleopieki Kardiologicznej** – aparat EKG, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione Ubezpieczonemu przez Świadczeniodawcę.
59. **Zwierzęta domowe** – należący do Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera życiowego pies lub kot.
4. Wystąpienie z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie jest równoznaczne z wystąpieniem z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem pierwszego miesięcznego Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej niż w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego z uwzględnieniem prolongaty, tj. trzydziestodniowego okresu, o jaki Ubezpieczyciel odroczył opłacenie składki, liczonego od dnia następującego po upływie płatności składki. Okres Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej zostaje automatycznie przedłużony na kolejne miesięczne Okresy Ochrony Ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie postanowią inaczej.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie lub w przypadku zajścia wcześniejszego z wymienionych niżej przypadków:
 - z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 3 OWU Assistance Medycznej;
 - z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 3 ust. 2 OWU Assistance Medycznej;
 - z końcem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, zgodnie z § 3 ust. 1 OWU Assistance Medycznej;
 - w dniu rozwiązania Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, na warunkach w niej określonych;
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 7. UBEZPIECZENIE „ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 7.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego i Rodzica Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona i zostało to potwierdzone w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej, jej przedmiotem jest również zdrowie:
 - Małżonka i Rodzica Małżonka albo Partnera Życiowego i Rodzica Partnera Życiowego i/lub
 - Dzieci Ubezpieczonego.

§ 7.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia assistance:

- Transport Medyczny do Placówki Medycznej
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, wymagającego udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej, jeżeli zgodnie z uzyskaną informacją, w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko przebywa w Placówce Medycznej, która w opinii Lekarza Prowadzącego Leczenie nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko zostało skierowane przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medycznej), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- Transport Medyczny z Placówki Medycznej
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego z Placówki Medycznej do wskazanego miejsca, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy bądź Dziecko wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie.

§ 3. UMOWA UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

- Umowa Ubezpieczenia Assistance Medycznej została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie należy przesłać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w terminie siedmiu dni od jej zawarcia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY I WYSTĄPIENIE Z NIEJ

- Do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej może przystąpić osoba objęta ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, która złożyła Ubezpieczającemu podpisany Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej osobę, o której mowa w ust. 1 powyżej, w trybie uzgodnionym w Umowie Ubezpieczenia Assistance Medycznej, oraz przekazać tej osobie OWU Assistance Medycznej przed wypełnieniem Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej w każdym momencie jej trwania, pod warunkiem wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, na podstawie złożonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie, zawierającego dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną ubezpieczeniową. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji.

- Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit kwotowy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 4) Wizyta pielęgniarki
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka oraz pokrywa koszty wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie zaleceniem taka wizyta jest wymagana. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 5) Dostarczenie leków
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego Leczenie, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecko wymaga leżenia. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony lub Małżonka/Partner Życiowy.
Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 6) Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczony lub Małżonka/Partner Życiowy bądź Dziecko powinno używać Sprzętu Rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 7) Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Wypożyczenia lub zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonka/Partner Życiowy bądź Dziecko, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 8) Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony lub Małżonka/Partner Życiowy bądź Dziecko, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka. Ubezpieczyciel pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 9) Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego u lekarza internisty/koszty wizyty Dziecka u lekarza pediatry w Placówce Medycznej lub pokrywa koszty dojazdu lekarza internisty do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, lub pokrywa koszty dojazdu lekarza pediatry do Miejsca zamieszkania Dziecka i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza, jeżeli w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
- 10) Wizyta lekarza specjalisty
W razie **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, Ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zlecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka u lekarza specjalisty, tj. chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, neurologa, kardiologa, lekarza rehabilitacji, pulmonologa, otolaryngologa, neurochirurga w Placówce Medycznej i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza specjalisty. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty lekarza specjalisty do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i Dziecko w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 11) Pomoc medyczna za granicą
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** albo **Nagłego Zachorowania** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka, jeżeli zdarzenie to miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka w Placówce Medycznej lub pokrywa koszty dojazdu lekarza do miejsca pobytu za granicą Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego bądź Dziecka i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy medycznej za granicą do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny) lub jej równowartości w walucie kraju, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe, w przeliczeniu według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego z dnia zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego i każdego Dziecka.
- 12) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi zamieszkującymi wraz z Ubezpieczonym lub z Małżonkiem/Partnerem Życiowym. Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi oraz Niepełnoletnimi Dziećmi do wysokości limitu kwotowego na dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 13) Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie **Nieszczęśliwego Wypadku**
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Osoby Niesamodzielnej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Osobą Niesamodzielną zamieszkującą wraz z Ubezpieczonym lub Małżonkiem/Partnerem Życiowym. Opieka nad Osobą Niesamodzielną jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi do wysokości limitu kwotowego na dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 14) Opieka nad Zwierzętami Domowymi
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa:
a) koszty Opieki nad Zwierzętami Domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego/ Małżonka/Partnera Życiowego,
b) koszty transportu Zwierząt Domowych do Osoby do Opieki lub placówki wskazanej przez Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego.
Opieka nad Zwierzętami Domowymi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego i za jego pisemną zgodą oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych. Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad Zwierzętami Domowymi do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 15) Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej
W przypadku wystąpienia **Trudnej Sytuacji Losowej** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy psychologa dla Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej do wysokości

- limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 16) Dostarczenie posiłków
 W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczony lub Małżonek/Partner Życiowy wymaga leżenia.
 Usługa dotyczy dostarczenia gotowych posiłków. W zakres usługi nie wchodzi dostarczenie posiłków uwzględniających specjalistyczną dietę.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia posiłków do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego. Koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony, Małżonek/Partner Życiowy.
- 17) Pomoc domowa
 W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** lub **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu Hospitalizacji.
 Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzenie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy domowej do wysokości limitu kwotowego za dzień i przez liczbę dni wskazane w Tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, są ustalone odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 18) Wizyta położnej
 W przypadku **narodzin Dziecka** Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dojazdu położnej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego oraz pokrywa koszty wynagrodzenia położnej w okresie trzydziestu dni po wyjściu matki ze Szpitala w związku z porodem.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyt położnej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem terminów wskazanych w pierwszym zdaniu. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 19) Transport Rodzica na wizytę kontrolną
 W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu na wizytę kontrolną, na podstawie sporządzonego na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie skierowania na wizytę kontrolną, o ile w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty transportu Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego na wizytę kontrolną do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego.
- 20) Osobisty asystent dla Rodzica
 W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** lub **Nieszczęśliwego Wypadku** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia osobistego asystenta, który będzie towarzyszył Rodzicowi Ubezpieczonego lub Rodzicowi Małżonka/Partnera Życiowego podczas transportu na wizytę kontrolną (zaleconą w sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie skierowaniu) do i z Placówki medycznej oraz będzie służył pomocą w rejestracji w Placówce Medycznej i przy wypisie z niej.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty usług osobistego asystenta dla Rodzica do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego.
- 21) Pomoc domowa oraz pielęgniarska dla Rodzica
 W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** lub **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Rodzica Ubezpieczonego lub Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej Rodzicowi po zakończeniu
- Hospitalizacji, w związku ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie zaleceniem pomocy pielęgniarki w Miejscu zamieszkania Rodzica.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej dla Rodzica do wysokości limitu kwotowego za dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Rodzica Ubezpieczonego oraz Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego.
- 22) Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku**
 W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Niepełnoletniego Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki nad Niepełnoletnim Dzieckiem zamieszkującym wraz z Ubezpieczonym.
 Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku** jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą.
 Ubezpieczyciel pokrywa koszty opieki nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie **Nieszczęśliwego Wypadku** do wysokości limitu kwotowego za dzień i przez liczbę dni wskazane w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalone na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 23) Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki
 W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty przewozu Dzieci do miejsca zamieszkania Osoby do Opieki oraz powrotu Dzieci.
 Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki odbywa się pod opieką osoby wskazanej przez Ubezpieczyciela. Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego oraz w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania Niepełnoletniego Dziecka nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować. Ubezpieczyciel pokrywa koszt biletów autobusowych lub kolejowych pierwszej klasy koniecznych do przewozu Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki, do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jest ustalony odrębnie dla Ubezpieczonego oraz Małżonka/Partnera Życiowego.
- 24) Pobyt opiekuna
 W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Dziecka, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pobytu jednego opiekuna Dziecka w Szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych, lub w hotelu przyszpitalnym. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pobytu opiekuna do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 25) Prywatne lekcje dla Dziecka
 W razie **Nagłego Zachorowania skutkującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** albo **Nieszczęśliwego Wypadku** Dziecka, Ubezpieczyciel pokrywa koszty organizacji prywatnych lekcji w Miejscu zamieszkania Dziecka w okresie maksymalnie dziewięćdziesięciu dni od daty końcowej zwolnienia lekarskiego, jeżeli zostało ono wystawione przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na okres dłuższy niż 7 (siedem) dni. Ubezpieczyciel pokrywa koszty organizacji prywatnych lekcji dla Dziecka do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 7.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 26) Infolinia medyczna
 W ramach Infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Partnerowi Życiowemu dostęp do informacji dotyczących:
 a) niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych;
 b) diet, metod zdrowego żywienia;
 c) działań leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży;
 d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt Rehabilitacyjny;
 g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
 h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
- 27) Infolinia baby assistance
 W ramach Infolinii baby assistance Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Partnerowi Życiowemu dostęp do informacji dotyczących:
 a) objawów ciąży;
 b) badań prenatalnych;
 c) wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu;
 d) danych teleadresowych szkół rodzenia;
 e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 f) karmienia noworodka;
 g) obowiązkowych szczepień noworodków;
 h) pielęgnacji i opieki nad niemowlęciem.

§ 7.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Tabela świadczeń

	USŁUGI ASSISTANCE	LIMITY KWOTOWE I ILOŚCIOWE			ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZALECENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE
		Ubezpieczony	Małżonek/Partner Życiowy	Dziecko (podane limity dotyczą każdego Dziecka)		
1)	Transport Medyczny do Placówki Medycznej	2000 zł	2000 zł	2000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
2)	Transport Medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi	2000 zł	2000 zł	2000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
3)	Transport Medyczny z Placówki Medycznej	2000 zł	2000 zł	2000 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
4)	Wizyta pielęgniarki	800 zł	800 zł	800 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
5)	Dostarczenie leków	400 zł	400 zł	400 zł	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
6)	Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego	1200 zł	1200 zł	1200 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
7)	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego	1200 zł	1200 zł	1200 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
8)	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	1200 zł	1200 zł	1200 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
9)	Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry	1000 zł – maksymalnie 2 razy w każdym 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	1000 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	1000 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Nie
10)	Wizyta lekarza specjalisty	1200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	1200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	1200 zł – maksymalnie 2 razy w 12-miesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Tak
11)	Pomoc medyczna za granicą	300 euro	300 euro	300 euro	Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego/Dziecka	Nie
12)	Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi	1200 zł (maksymalnie 6 dni do 200 zł/dzień)	1200 zł (maksymalnie 6 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
13)	Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie Nieszczęśliwego Wypadku	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek dorosłej Osoby Niesamodzielnej	Nie
14)	Opieka nad Zwierzętami Domowymi	600 zł	600 zł	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagłe Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
15)	Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej	1000 zł	1000 zł	-	Trudna Sytuacja Losowa Ubezpieczonego lub Małżonka/Partnera Życiowego	Nie

	USŁUGI ASSISTANCE	LIMITY KWOTOWE I IŁOŚCIOWE			ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZALECENIE LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE
		Ubezpieczony	Małżonek/Partner Życiowy	Dziecko (podane limity dotyczą każdego Dziecka)		
16)	Dostarczenie posiłków	500 zł	500 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego/ Małżonka/Partnera Życiowego	Tak
17)	Pomoc domowa	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
18)	Wizyta położnej	700 zł	700 zł	-	narodziny Dziecka Ubezpieczonego/ Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
19)	Transport Rodzica na wizytę kontrolną	800 zł	800 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Rodzica	Tak
20)	Osobisty asystent dla Rodzica	1200 zł	1200 zł	-	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Rodzica	Tak
21)	Pomoc domowa oraz pielęgniarska dla Rodzica	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	-	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Rodzica	Tak
22)	Opieka nad Niepełnoletnim Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego Wypadku	-	-	800 zł (maksymalnie 4 dni do 200 zł/dzień)	Nieszczęśliwy Wypadek Niepełnoletniego Dziecka	Nie
23)	Przewóz Niepełnoletnich Dzieci do Osoby do Opieki	-	-	800 zł	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Ubezpieczonego/ Małżonka/Partnera Życiowego	Nie
24)	Pobyt opiekuna	-	-	800 zł	Nieszczęśliwy Wypadek skutkujący co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją Dziecka	Nie
25)	Prywatne lekcje dla Dziecka	-	-	600 zł	Nagle Zachorowanie skutkujące co najmniej jednodniową Hospitalizacją lub Nieszczęśliwy Wypadek Dziecka	Nie
26)	Infolinia medyczna	Tak	Tak	Tak	-	-
27)	Infolinia baby assistance	Tak	Tak	-	-	-

§ 7.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, tj. Małżonka/Partnera Życiowego, Dziecka, Rodzica Ubezpieczonego, Rodzica Małżonka/Partnera Życiowego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego lub inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, samobójstwa Ubezpieczonego lub innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - 9) Chorób Przewlekłych;
 - 10) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 11) uczestnictwa Ubezpieczonego (lub innej osoby objętej ochroną) w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
 - 12) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - 13) Katastrof Naturalnych;
 - 14) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
 - 15) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 16) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - 17) Choroby Psychiczej.

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:
 - 1) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 2) świadczeń assistance w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej (z zastrzeżeniem świadczenia „Pomoc medyczna za granicą”);
 - 3) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - 4) leczenia ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu;
 - 5) leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), epidemią, pandemią, skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 7.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance Ubezpieczony, inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową (Małżonek/Partner Życiowy, Rodzic Ubezpieczonego, Rodzic Małżonka/Partnera Życiowego), lub inna osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego powinna niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) imię, nazwisko i numer PESEL innej osoby, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, jeżeli zdarzenie dotyczy innej osoby objętej ochroną niż Ubezpieczony;
 - 4) adres miejsca zdarzenia;
 - 5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub inną osobą, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub osobą zgłaszającą zdarzenie;
 - 6) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 7) adres korespondencyjny.
2. Ubezpieczony, inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, lub osoba zgłaszająca zdarzenie Ubezpieczycielowi powinni dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony lub inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, się znajduje, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić Lekarzowi Ubezpieczyciela dostęp do wszystkich informacji medycznych.
3. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego/inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego/inną osobę, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
5. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację usługi assistance wynosi:
 - 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku wizyt lekarskich;
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku pozostałych świadczeń assistance;
 o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnej placówki lub późniejszego terminu, w którym Ubezpieczony lub inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową, chciałby skorzystać z usługi assistance.

§ 8. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY”

§ 8.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 2) OWU Assistance Medycznej.

§ 8.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

1. Pokrycie kosztów rachunków:
 - 1) Ubezpieczonemu przysługuje wypłata przez Ubezpieczyciela świadczenia w kwocie odpowiadającej kwocie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres korespondencyjny wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia, ale nie wyższej niż limit wskazany w tabeli nr 1 (§ 8.3 OWU Assistance Medycznej);

- 2) wypłata świadczenia, o którym mowa w punkcie 1) powyżej, przysługuje Ubezpieczonemu za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 1. a 30. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (z zastrzeżeniem postanowień przedstawionych w punkcie 3) poniżej);
- 3) w przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego trwającej nieprzerwanie przez okres:
 - co najmniej 60 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 31. a 60. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, – co najmniej 90 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 61. a 90. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 120 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 91. a 120. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 150 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 121. a 150. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
 - co najmniej 180 dni – przysługuje wypłata świadczenia za rachunki, których data płatności przypada pomiędzy 151. a 180. dniem Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego;
- 4) Ubezpieczonemu przysługuje łącznie wypłata do 6 (sześciu) świadczeń na Zdarzenie Ubezpieczeniowe w dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

2. Świadczenia assistance – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa, do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 8.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2), koszty poniższych usług:
 - 1) pomoc domowa – pomoc udzielana Ubezpieczonemu w miejscu zamieszkania, obejmująca: przygotowanie posiłków, zrobienie zakupów, pomoc w ubraniu, wykonanie drobnych porządków (odkurzanie, zmywanie, mycie podłóg, podlanie kwiatów);
 - 2) pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego.

§ 8.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity świadczenia na pokrycie kosztów rachunków stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenie	Limit kwotowy	Limit świadczeń na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
Pokrycie kosztów rachunków	1000 zł	6

2. Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe świadczeń assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Świadczenia assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pomoc domowa	1000 zł
pomoc psychologa	1000 zł

§ 8.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - 3) umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - 4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny (również domowej);
 - 5) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - 6) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 7) Wad Wrodzonych;
 - 8) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - 9) Chorób Przewlekłych;
 - 10) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 11) leczenia profilaktycznego (leczenia zachowawczego lub zapobiegawczego);
 - 12) uczestnictwa Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;

- 13) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
- 14) Katastrof Naturalnych;
- 15) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
- 16) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
- 17) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
- 18) Choroby Psychiczej.

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
- 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 8.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
- 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
- 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
- 4) datę wystąpienia Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego;
- 5) rodzaj wymaganej pomocy.

2. W celu realizacji świadczenia „Pokrycie kosztów rachunków” Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:

- 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nagłym Zachorowaniem lub Nieszczęśliwym Wypadkiem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
- 2) kopię zaświadczenia lekarskiego (lub zaświadczeń lekarskich wystawionych przez ten sam podmiot i w przypadku których zachowana zostaje ciągłość) o Czasowej Niezdolności do Pracy, stwierdzającego u Ubezpieczonego niezdolność do pracy przez okres nieprzerwanie co najmniej 30 dni, w wyniku Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku;
- 3) kopie rachunków za usługi i media (czynsz, energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz śmieci, telefon, telewizję kablową, telewizję cyfrową, abonament radiowo-telewizyjny, abonament internetowy), wystawionych na adres korespondencyjny wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia.

3. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.

4. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:

- 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, w przypadku świadczenia w formie pokrycia kosztów rachunków;
- 2) jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 3, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym chciałaby skorzystać z usługi assistance.

5. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.

§ 9. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU NOWOTWORU”

§ 9.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 3) OWU Assistance Medycznej.

§ 9.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu przysługują:

1. Świadczenia medyczne – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 1) kosztów niżej wymienionych świadczeń, realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie:
 - 1) konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog;
 - 2) diagnostyka laboratoryjna – w zakresie następujących badań: mocznik – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1;
 - 3) badania specjalistyczne – w następującym zakresie: biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.
2. Świadczenia assistance – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2) kosztów niżej wymienionych usług:
 - 1) transport na badania i zaplanowane operacje – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 2) domowa opieka pielęgniarska – pomoc pielęgniarki (koszty dojazdu i wynagrodzenia) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 3) dostosowania miejsca zamieszkania – dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie:
 - oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki;
 - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów;
 - 4) pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego, Małżonka/Partnera Życiowego, Dzieci.
3. Świadczenia sanatoryjne – organizacja na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 9.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 3) niżej wymienionych kosztów pobytu w Sanatorium:
 - 1) zakwaterowania;
 - 2) wyżywienia;
 - 3) zaleconych zabiegów.

§ 9.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia medyczne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
konsultacje lekarskie	3000 zł
diagnostyka laboratoryjna	3000 zł
badania specjalistyczne	5000 zł

2. Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe usług assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Usługi assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
transport na badania i zaplanowane operacje	2000 zł
domowa opieka pielęgniarska	1500 zł
dostosowania miejsca zamieszkania	2000 zł
pomoc psychologa	2000 zł

3. Wskazany poniżej (tabela nr 3) limit kwotowy świadczenia sanatoryjnego stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na maksymalnie 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 3

Świadczenie sanatoryjne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pobyt w sanatorium	3000 zł

§ 9.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Nowotworu, z którego powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie dwóch lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.

§ 9.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - datę zdiagnozowania Nowotworu;
 - rodzaj wymaganej pomocy.
- W celu realizacji świadczeń medycznych i świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - kopię skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań, operacji;
 - kopię zalecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie do świadczenia domowej opieki pielęgniarstwa.
- W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Nowotworem (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrawiskowego lub rehabilitacji uzdrawiskowej bądź skierowanie od tegoż lekarza na takie leczenie lub rehabilitację;
 - pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrawiskowego lub rehabilitacji uzdrawiskowej.
- W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego Leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrawiskowego lub rehabilitacji uzdrawiskowej miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela, w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 powyżej.
- W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
- W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, w przypadku świadczeń medycznych, chyba że Ubezpieczony wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać z usługi assistance;
 - do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 5, na organizację w przypadku świadczenia sanatoryjnego.
- W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-3 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
- Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia sanatoryjnego, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 10. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU”

§ 10.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 4 OWU Assistance Medycznej.

§ 10.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

- Świadczenia medyczne – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 10.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 1) kosztów niżej wymienionych świadczeń, realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania Lekarza Prowadzącego Leczenie:
 - konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: kardiolog, kardiochirurg, dietetyk, neurolog, endokrynolog, chirurg naczyniowy;
 - diagnostyka laboratoryjna – w zakresie następujących badań: koagulogram, troponina, CPK, morfologia, OB, kreatynina, mocznik, elektrolity (sód i potas), TSH, AspAT, ALAT, glukoza, lipidogram;
 - badania specjalistyczne – w następującym zakresie: Holter ABPM (dwudziestoczerogodzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi), EKG spoczynkowe, EKG wysiłkowe, Holter EKG, echo serca, RTG klatki piersiowej, tomografia komputerowa serca, tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny głowy, arteriografia, USG tętnic mózgowych.
- Świadczenia assistance – organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 10.3 OWU Assistance Medycznej (tabela nr 2) kosztów niżej wymienionych usług:
 - transport na badania i zaplanowane operacje – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - domowa opieka pielęgniarstwa – opieka pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego (koszty przejazdu i wynagrodzenia), w zakresie określonym w sporządzonym na piśmie zaleceniu Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - dostosowania miejsca zamieszkania – dostosowanie miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie:
 - oporeczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki;
 - likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów;
 - pomoc psychologa – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego oraz członków rodziny (Małżonka, Partnera Życiowego, Dzieci).
- Świadczenie sanatoryjne – organizacja na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania od Lekarza Prowadzącego Leczenie i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności wskazanego w § 10.3 (tabela nr 3) niżej wymienionych kosztów pobytu w Sanatorium:
 - zakwaterowanie;
 - wyżywienie;
 - zalecone zabiegi.
- Świadczenie Teleopieki Kardiologicznej
 - Zapewnienie Ubezpieczonemu przez okres stu osiemdziesięciu dni, począwszy od godziny 00.00 dnia następnego po dniu dostarczenia Ubezpieczonemu za pośrednictwem Świadczeniodawcy zestawu Teleopieki Kardiologicznej, dostępu do Centrum Telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - analiza przesłanych badań przez personel Centrum Telemedycznego;
 - stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum Telemedycznego;
 - dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum Telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG;
 - archiwizacja wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres dwudziestu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu Leczenie;
 - wzwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania lub Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Świadczeniodawcy potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie Osób Kontaktowych w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego;
 - przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do Miejsca zamieszkania.
 - Zestaw Teleopieki Kardiologicznej dostarczany jest Ubezpieczonemu w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do Ubezpieczyciela.
 - Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - dostarczenia przez Świadczeniodawcę zestawu Teleopieki Kardiologicznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z Teleopieki Kardiologicznej, przeprowadzonego przez Świadczeniodawcę;
 - Teleopieki Kardiologicznej;
 - odbioru przez Świadczeniodawcę aparatu EKG, stanowiącego element zestawu Teleopieki Kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, po upływie stu osiemdziesięciu dni od daty przeprowadzenia szkolenia z obsługi zestawu Teleopieki Kardiologicznej (początku okresu świadczenia Teleopieki Kardiologicznej).

- 4) Warunkiem telefonicznego kontaktu Ubezpieczonego z personelem Centrum Telemedycznego jest posiadanie przez Ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z Ubezpieczycielem.
 - 5) Warunkiem udostępnienia wyników badań Ubezpieczonego Osobie Kontaktowej lub Lekarzowi Prowadzącemu Leczenie Ubezpieczonego jest pisemna zgoda Ubezpieczonego przekazana Ubezpieczycielowi.
 - 6) Usługi wymienione w pkt 1) powyżej są świadczone bez limitu ilościowego w okresie stu osiemdziesięciu dni, na jaki Ubezpieczonemu został wypożyczony zestaw Teleopieki Kardiologicznej.
 - 7) Okres stu osiemdziesięciu dni, w którym świadczona jest Teleopieka Kardiologiczna, przysługuje Ubezpieczonemu na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - 8) W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego w każdym kolejnym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej, okres, w jakim przysługuje prawo do Teleopieki Kardiologicznej, ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia kolejnego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. W przypadku świadczenia Teleopieki Kardiologicznej:
 - 1) Ubezpieczyciel nie odpowiada za ewentualne szkody powstałe na skutek interwencji pogotowia ratunkowego (wyważenie drzwi, wybicie szyb w oknie);
 - 2) ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z Centrum Telemedycznym;
 - 3) w przypadku gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, epidemią, pandemią a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
 4. Za koszty naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.

§ 10.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia medyczne	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
konsultacje lekarskie	3000 zł
diagnostyka laboratoryjna	3000 zł
badania specjalistyczne	5000 zł

2. Wskazane poniżej (tabela nr 2) limity kwotowe usług assistance stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na każde Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 2

Świadczenia assistance	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
transport na badania i zaplanowane operacje	2000 zł
domowa opieka pielęgnarska	1500 zł
dostosowanie miejsca zamieszkania	2000 zł
pomoc psychologa	2000 zł

3. Wskazany poniżej (tabela nr 3) limit kwotowy świadczenia sanatoryjnego stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na maksymalnie 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 3

Świadczenie sanatoryjne	Limit kwotowy Zdarzenie Ubezpieczeniowe
pobyt w sanatorium	3000 zł

§ 10.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - 1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierzonego badaniami;
 - 2) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 3) Wad Wrodzonych;
 - 4) Chorób Przewlekłych;
 - 5) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 6) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - 7) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów *Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem/ przyjęciem tych substancji.
 2. W przypadku świadczenia Teleopieki Kardiologicznej:
 - 1) Ubezpieczyciel nie odpowiada za ewentualne szkody powstałe na skutek interwencji pogotowia ratunkowego (wyważenie drzwi, wybicie szyb w oknie);
 - 2) ochroną Ubezpieczyciela nie są objęte koszty połączeń z Centrum Telemedycznym;
 - 3) w przypadku gdy udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, jeśli zgoda nie została wyrażona, pod warunkiem że niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało właśnie z niewyrażenia przez Ubezpieczonego wyżej wymienionej pisemnej zgody.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, skutkami promieniowania radioaktywnego, epidemią, pandemią a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.
 4. Za koszty naprawy zestawu Teleopieki Kardiologicznej uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.
1. W celu skorzystania ze świadczeń Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznego i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) datę wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru Mózgu;
 - 5) rodzaj wymaganej pomocy.
 2. W celu realizacji świadczeń medycznych i świadczeń assistance, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) kopię skierowania od Lekarza Prowadzącego Leczenie do przeprowadzenia konsultacji, badań lub zalecenia dodatkowych świadczeń.
 3. W celu realizacji świadczenia sanatoryjnego Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) pisemne zalecenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej bądź skierowanie od tegoż lekarza na takie leczenie lub rehabilitację;
 - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza Prowadzącego Leczenie braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej.
 4. W przypadku braku wskazania przez Lekarza Prowadzącego Leczenie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacji uzdrowskowej, miejsce i rodzaj Sanatorium ustala Lekarz Ubezpieczyciela w porozumieniu z Ubezpieczonym, w oparciu o informacje medyczne w dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 3 pkt 1 powyżej.
 5. W celu skorzystania z Teleopieki Kardiologicznej Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem następujące dokumenty:
 - 1) kopię posiadanej dokumentacji medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie w związku z Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem Mózgu (karta informacyjna leczenia szpitalnego lub kopia diagnozy medycznej sporządzonej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie);
 - 2) własnoręcznie podpisane przez Ubezpieczonego oświadczenie zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia Ubezpieczonego, telefon do Osoby Kontaktowej lub Lekarza Prowadzącego Leczenie, mające na celu umożliwienie kontaktu z ww. osobami, zgodnie z zakresem OWU, oraz upoważnienie do odbioru wyników badań.
 6. Po potwierdzeniu uprawnień Ubezpieczonego do świadczenia Teleopieki Kardiologicznej, na podstawie postanowień ust. 5 pkt 1-2 powyżej, Ubezpieczyciel kontaktuje się ze Świadczeniodawcą w celu przekazania danych Ubezpieczonego oraz z Ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji Teleopieki Kardiologicznej.
 7. Świadczeniodawca kontaktuje się z Ubezpieczycielem w celu poinformowania o dacie dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu Teleopieki Kardiologicznej.
 8. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty, o których mowa w ust. 2-5 powyżej, Lekarz Ubezpieczyciela w terminie maksymalnie trzech Dni Roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie Ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.

9. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
- 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8, w przypadku świadczeń medycznych, chyba że Ubezpieczony wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać ze świadczeń medycznych;
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8, w przypadku świadczeń assistance, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać z usługi assistance;
 - 3) do dziesięciu Dni Roboczych liczonych od dnia przekazania tej informacji Ubezpieczonemu w terminie, o którym mowa w ust. 8 – na organizację w przypadku świadczenia sanatoryjnego;
 - 4) do trzech Dni Roboczych w przypadku świadczenia Teleopieka Kardiologiczna, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
10. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego świadczenia Ubezpieczyciel nie później niż w terminie trzech Dni Roboczych liczonych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2-5 powyżej, pisemnie poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
11. Koszty świadczeń medycznych, świadczenia sanatoryjnego oraz Teleopieki Kardiologicznej, realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszym rozdziale, pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na rzecz podmiotów lub Placówek Medycznych realizujących te świadczenia.

§ 11. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA”

§ 11.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 5 OWU Assistance Medyczny.
2. Za Poważną Chorobę Ubezpieczonego uznaje się zdiagnozowaną u Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej Chorobę lub przeprowadzoną w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej zabieg operacyjny u Ubezpieczonego, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (K50), według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
 - 1) bakteryjne zapalenie opon mózgowych;
 - 2) bąblowiec mózgu;
 - 3) całkowita utrata wzroku (ślepotą);
 - 4) choroba Crohna;
 - 5) choroba Huntingtona (płásawca Huntingtona);
 - 6) choroba neuronu ruchowego;
 - 7) choroba Parkinsona;
 - 8) ciężkie oparzenie;
 - 9) dystrofia mięśni;
 - 10) łagodny (niezłśliwy) guz mózgu;
 - 11) masywny zator tętnicy płucnej;
 - 12) niedokrwiłość aplastyczna;
 - 13) niewydolność nerek;
 - 14) nowotwór złośliwy lub nowotwór o granicznej złośliwości;
 - 15) odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
 - 16) operacja na naczyniach wieńcowych;
 - 17) operacja wszczepienia protezy aortalnej;
 - 18) operacja zastawek serca;
 - 19) pierwotne nadciśnienie płucne;
 - 20) piorunujące zapalenie wątroby;
 - 21) porażenie (paraliż);
 - 22) poważny uraz głowy;
 - 23) przewlekła niewydolność oddechu;
 - 24) przewlekła niewydolność wątroby;
 - 25) ropień mózgu;
 - 26) sepsa;
 - 27) stwardnienie rozsiane;
 - 28) śpiączka;
 - 29) tężec;
 - 30) transplantacja głównych narządów;
 - 31) Udar Mózgu;
 - 32) utrata kończyn;
 - 33) utrata mowy;
 - 34) utrata możliwości niezależnej egzystencji;
 - 35) utrata słuchu (gluchota);
 - 36) wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
 - 37) wścieklizna;
 - 38) zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
 - 39) zakażona martwica trzustki;
 - 40) zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego;
 - 41) zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi;
 - 42) zapalenie mózgu;

- 43) zawał serca;
- 44) zespół krótkiego jelita;
- 45) zgorzel gazowa;
- 46) małoinwazyjna operacja zastawek serca;
- 47) operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej;
- 48) Udar Mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
- 49) wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
- 50) kardiomiopatia;
- 51) operacja tętniaka mózgu.

§ 11.2 ŚWIADCZENIE

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie: Powtórna Opinia Medyczna – Ubezpieczyciel zapewni organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej, obejmującej:

- 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej;
- 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
- 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta;
- 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta;
- 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu.

§ 11.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 11.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) uczestnictwa Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po zażyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), jeśli stan ten miał wpływ na zaistnienie Niebezpieśliwego Wypadku;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 11.1 ust. 2 pkt 40) OWU Assistance Medyczny oraz pkt 41) OWU Assistance Medyczny.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje poważnej choroby Ubezpieczonego, z której powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie dwóch lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnej Choroby Ubezpieczonego, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną Chorobą Ubezpieczonego była lub została zdiagnozowana lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie dwóch lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej Choroby Ubezpieczonego wskazanej w § 11.1 ust. 2 OWU Assistance Medyczny, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela ogranicza się wyłącznie do jednej zdiagnozowanej Poważnej Choroby Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej.
6. Realizacja Zagranicznej Konsultacji Medycznej może być opóźniona na skutek:
 - 1) działania Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajków, niepokoїв społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§ 11.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.

2. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać Ubezpieczycielowi następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego Osobą Upoważnioną.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej.
4. Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego.
5. Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
6. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
7. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji Powtórnej Opinii Medycznej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej w sposób określony w ust. 10 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni Roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.
10. Ubezpieczyciel odsyła Powtórny Opinię Medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórna Opinię Medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 12.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

Świadczenia	Limit kwotowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	5000 zł
pokrycie kosztów przejazdu członków rodziny	1500 zł
pokrycie kosztów noclegu dla członków rodziny	1000 zł
organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do wskazanego miejsca pochówku	2000 zł
organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do Rzeczypospolitej Polskiej	15 000 zł
infolinia	bez limitu

§ 12.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
- 2) samobójstwa ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.

§ 12.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Uprawniony zobowiązany jest niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą;
 - 4) datę śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) rodzaj wymaganej pomocy.
2. Uprawniony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Ubezpieczyciela, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego, rachunki i dowody zapłaty kosztów przejazdu członków rodziny do miejsca ceremonii pogrzebowej i kosztów noclegu członków rodziny.
3. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi do pięciu Dni Roboczych, chyba że Uprawniony wskaże termin późniejszy.
4. Jeżeli Uprawniony z winy umyślnej lub rażącego zaniedbania nie dopełni któregokolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-2 powyżej, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§ 12. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO”

§ 12.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej są świadczenia realizowane przez Ubezpieczyciela na wniosek Uprawnionego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 6 OWU Assistance Medyczny.

§ 12.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa do wysokości limitów odpowiedzialności wskazanych w § 12.3 OWU Assistance Medyczny (tabela nr 1), koszty poniższych świadczeń:

- 1) organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu – organizacja i pokrycie kosztów: przewozu ciała do miejsca pochówku na odległość nie większą niż 50 km, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, zakupu i postawienia nagrobka, zakupu wieniec i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
- 2) pokrycie kosztów przejazdu członków rodziny – zwrot poniesionych przez członków rodziny Ubezpieczonego (Rodzice Ubezpieczonego, Małżonek, Dzieci, rodzeństwo Ubezpieczonego) kosztów przejazdu do miejsca ceremonii pogrzebowej (koszty biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), o ile z przedłożonych rachunków wynika, że przejazd odbył się na dystansie przekraczającym 50 km; Ubezpieczyciel zwraca koszty przejazdu na podstawie przedłożonych kopii rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 3) pokrycie kosztów noclegu dla członków rodziny – zwrot poniesionych przez członków rodziny (Rodzice Ubezpieczonego, Małżonek, Dzieci, rodzeństwo Ubezpieczonego) kosztów noclegu w związku ze świadczeniem określonym w pkt 2) powyżej; Ubezpieczyciel zwraca koszty noclegu na podstawie przedłożonych kopii rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 4) organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do wskazanego miejsca pochówku – organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do miejsca pochówku w odległości co najmniej 50 km od wskazanego miejsca pochówku;
- 5) organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do Rzeczypospolitej Polskiej – organizacja i pokrycie kosztów transportu ciała do miejsca pochówku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;

§ 13. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA ONKOLOGICZNA”

§ 13.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 7 OWU Assistance Medyczny. Za Nowotwór uznaje się zdiagnozowaną u Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej chorobę zdefiniowaną § 2 ust. 22 OWU Assistance Medyczny.

§ 13.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie:

Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej, obejmującej:

- 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej;
- 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
- 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej przez Konsultanta;
- 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej wydanej przez Konsultanta;
- 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej Ubezpieczonemu.

§ 13.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 13.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) zakażenia wirusem HIV.
2. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Nowotworu, z którego powodu postępowanie diagnostyczno-leczne trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie dwóch lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
3. Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Nowotworu, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Nowotworem była lub została zdiagnozowana lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-leczne trwało lub zostało rozpoczęte w okresie dwóch lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria Nowotworu wskazane w § 2 ust. 22 OWU Assistance Medyczny, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela zostanie zredukowany o ten Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości, z powodu którego Ubezpieczony otrzymał świadczenie.
5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej.
6. Realizacja Zagranicznej Konsultacji Medycznej może być opóźniona na skutek:
 - 1) działania Siły Wyzszej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajków, niepokoju społecznego, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§ 13.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
2. Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać Ubezpieczycielowi następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą lub wskazaną przez niego Osobą Upoważnioną.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej.

4. Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego.
5. Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
6. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
7. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej w sposób określony w ust. 10 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni Roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej Onkologicznej niekonieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.
10. Ubezpieczyciel odsyła Powtórna Opinię Medyczną Onkologiczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórna Opinia Medyczna Onkologiczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 14. UBEZPIECZENIE „POWTÓRNA OPINIA MEDYCZNA KARDIOLOGICZNA”

§ 14.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 8 OWU Assistance Medyczny.
2. Za Chorobę układu krążenia uznaje się zdiagnozowaną u Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej Chorobę lub przeprowadzoną w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej zabieg operacyjny u Ubezpieczonego, których odpowiednio diagnoza lub konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (K50), według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:
 - 1) Udar Mózgu;
 - 2) Zawał mięśnia sercowego;
 - 3) kardiomiopatia;
 - 4) operacja na naczyniach wieńcowych;
 - 5) operacja tętniaka mózgu;
 - 6) operacja wszczepienia protezy aortalnej;
 - 7) operacja zastawek serca;
 - 8) transplantacja mięśnia sercowego;
 - 9) małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - 10) operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej;
 - 11) Udar Mózgu bez utwonalonych następstw neurologicznych.

§ 14.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie:

Powtórna Opinia Medyczna Kardiologiczna – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Zagranicznej Konsultacji Medycznej, obejmującej:

- 1) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej;
- 2) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
- 3) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
- 4) wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej przez Konsultanta;
- 5) tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej wydanej przez Konsultanta;
- 6) udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej Ubezpieczonemu.

§ 14.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Zagranicznej Konsultacji Medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 14.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - działania wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - zakażenia wirusem HIV.
- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Choroby układu krążenia, z której powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie dwóch lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Choroby układu krążenia, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą układu krążenia była lub została zdiagnozowana lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie dwóch lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego na Życie.
- W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Choroby układu krążenia wskazanej w § 14.1 ust. 2 OWU Assistance Medyczny, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela ogranicza się wyłącznie do jednej zdiagnozowanej Choroby układu krążenia.
- Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za treść Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej.
- Realizacja Zagranicznej Konsultacji Medycznej może być opóźniona na skutek:
 - działania Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - strajków, niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§ 14.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

- W celu skorzystania z Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej Ubezpieczony jest zobowiązany skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
- Ubezpieczony podczas telefonicznego zgłoszenia powinien podać Ubezpieczycielowi następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą lub wskazaną przez niego Osobą Upoważnioną.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej.
- Warunkiem uzyskania Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej, która jest rezultatem Zagranicznej Konsultacji Medycznej, jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną dokumentacji medycznej (w formie elektronicznej na trwałym nośniku na adres korespondencyjny Ubezpieczyciela: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub na adres e-mail wskazany przez Ubezpieczyciela), sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego.
- Lekarz Ubezpieczyciela weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje do wysłania do Konsultanta.
- W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii Lekarza Ubezpieczyciela niekompletna, Ubezpieczyciel kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonemu lub Osobą Upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
- Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Ubezpieczyciel informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej.
- Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przesłania Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej w sposób określony w ust. 10 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nie przekraczającym jednak 30 (trzydziestu) Dni Roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby Upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
- W przypadku gdy w opinii Konsultanta, na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Ubezpieczyciela kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 i 7 powyżej, do wydania Powtórnej Opinii Medycznej Kardiologicznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Ubezpieczyciel lub Lekarz Ubezpieczyciela niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę Upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.

- Ubezpieczyciel odsyła Powtórnią Opinię Medyczną Kardiologiczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba Upoważniona przez Ubezpieczonego wysłała do Ubezpieczyciela dokumentację medyczną. Powtórnia Opinię Medyczną Kardiologiczną, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę Upoważnioną.

§ 15. UBEZPIECZENIE „WSPARCIE DLA AKTYWNYCH”

§ 15.1 PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest zdrowie Ubezpieczonego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 57 pkt 9 OWU Assistance Medyczny.

§ 15.2 ŚWIADCZENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia assistance:

- Świadczenia medyczne
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - badania specjalistyczne: tomografia komputerowa; rezonans magnetyczny; ultrasonografia;
 - diagnostyka laboratoryjna: badania laboratoryjne (zgodnie z Załącznikiem nr 1 do OWU Assistance Medyczny); zabiegi ambulatoryjne (zgodnie z Załącznikiem nr 2 do OWU Assistance Medyczny);
 do wysokości limitu ilościowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny).
 - Dostarczenie leków lub Sprzętu Rehabilitacyjnego
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie Ubezpieczonego wymaga leżenia i zazywania leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego Leczenie lub zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczony powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania. Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego leków lub Sprzętu Rehabilitacyjnego. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków lub Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, powinien używać Sprzętu Rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakupu Sprzętu Rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Konsultacje z psychologiem po Hospitalizacji
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony wymaga konsultacji psychologa Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji psychologa dla Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty konsultacji psychologa do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Konsultacje z trenerem fitness
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony wymaga konsultacji z trenerem fitness Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszt konsultacji z trenerem fitness dla Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty konsultacji z trenerem fitness do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Organizacja konsultacji z fizykoterapeutą
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony wymaga konsultacji z fizykoterapeutą Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszt konsultacji z fizykoterapeutą w poradni rehabilitacyjnej lub wizyty fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania dla Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty konsultacji z fizykoterapeutą do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Wizyta lekarza specjalisty
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel na podstawie skierowania lub pisemnego zlecenia Lekarza Prowadzącego Leczenie zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty, tj. chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, neurologa, kardiologa, lekarza rehabilitacji, pulmonologa, otolaryngologa, neurochirurga w Placówce Medycznej i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza specjalisty. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty lekarza specjalisty do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego, w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
 - Pomoc pielęgniarki po Hospitalizacji
 - W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki, w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i po zakończeniu przez niego Hospitalizacji, jeżeli

zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie zaleceniem taka pomoc jest wymagana. Usługa dotyczy pomocy w codziennej pielęgnacji, skorzystaniu z toalety, wykonaniu iniekcji, zmiany opatrunku, podaniu leków. Do wykonania iniekcji konieczne jest skierowanie na jej wykonanie. Ubezpieczyciel pokrywa koszty pomocy pielęgniarki do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 15.3 LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wskazane poniżej (tabela nr 1) limity kwotowe/ilościowe świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenie Ubezpieczeniowe w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Tabela nr 1

- 9) Transport Medyczny do Placówki Medycznej
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, wymagającego wizyty w Placówce Medycznej, zgodnie z zaleceniami Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej, jeżeli zgodnie z uzyskaną informacją, w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do Placówki Medycznej do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 10) Transport Medyczny z Placówki Medycznej
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, wymagającego po wizycie w Placówce Medycznej Transportu Medycznego do Miejsca zamieszkania, zgodnie z zaleceniami Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu Ubezpieczonego z Placówki Medycznej do wskazanego miejsca, jeżeli Ubezpieczony wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie. Ubezpieczyciel pokrywa koszty Transportu Medycznego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu ilościowego Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 11) Wizyta lekarza
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza w Placówce Medycznej lub pokrywa koszty dojazdu lekarza do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i pokrywa koszty wynagrodzenia lekarza, jeżeli w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty wizyty lekarza do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 12) Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (marathon, triathlon, wyścig)
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku skutującego co najmniej jednodniową Hospitalizacją** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zwraca udokumentowane koszty opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (marathon, triathlon, wyścig). Ubezpieczyciel zwraca udokumentowane koszty opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) Zdarzeń Ubezpieczeniowych przypadających na 1 (jednego) Ubezpieczonego w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 13) Organizacja procesu rehabilitacyjnego
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 14) Zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych
W razie **Nieszczęśliwego Wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych, jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, powinien używać przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych do wysokości limitu kwotowego wskazanego w tabeli świadczeń (§ 15.3 OWU Assistance Medyczny), ustalonego na 1 (jedno) Zdarzenie Ubezpieczeniowe, bez limitu Zdarzeń Ubezpieczeniowych w każdym dwunastomiesięcznym Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.
- 15) Infolinia medyczna
W ramach Infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji udzielanych przez Lekarza Ubezpieczyciela dotyczących:
- danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie **Nieszczęśliwego Wypadku**;
 - działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży;
 - danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - przygotowania do zabiegów lub badań medycznych;
 - diet, zdrowego żywienia;
 - danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów, danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

Świadczenia	Limit kwotowy/ilościowy na Zdarzenie Ubezpieczeniowe
Tomografia komputerowa	maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach jednego (1) Zdarzenia Ubezpieczeniowego
Rezonans magnetyczny	maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach jednego (1) Zdarzenia Ubezpieczeniowego
Ultrasonografia	maksymalnie jedno (1) badanie do wykorzystania w ramach jednego (1) Zdarzenia Ubezpieczeniowego
Badania laboratoryjne	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach jednego (1) Zdarzenia Ubezpieczeniowego
Zabiegi ambulatoryjne	
Dostarczanie leków lub Sprzętu Rehabilitacyjnego	500 zł
Zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego	600 zł
Konsultacje z psychologiem po hospitalizacji	800 zł
Konsultacje z trenerem fitness	500 zł
Konsultacje z fizjoterapeutą	700 zł
Wizyta lekarza specjalisty po Hospitalizacji	800 zł
Pomoc pielęgniarki po Hospitalizacji	do 5 dni do 1500 zł
Transport Medyczny do Placówki Medycznej	1000 zł
Transport Medyczny z Placówki Medycznej	1000 zł
Wizyta lekarza	700 zł
Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (marathon, triathlon, wyścig etc.)	500 zł
Organizacja procesu rehabilitacyjnego	800 zł
Zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych	600 zł
Infolinia medyczna	Bez limitu

§ 15.4 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych w wyniku:
 - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - popelnienia przez Ubezpieczonego, przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popelnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia, samobójstwa Ubezpieczonego lub jego usiłowania;
 - działłań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - Wad Wrodzonych;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - Chorób Przewlekłych;
 - nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez lekarza;

- m) uczestnictwa Ubezpieczonego (lub innej osoby objętej ochroną) w zajęciach sportowych o ryzykownym charakterze, za które uważa się: sporty spadochronowe, lotnicze, motorowe, motorowodne, kaskaderstwo, wspinaczkę wymagającą użycia specjalistycznego sprzętu, nurkowanie na głębokościach większych niż 40 metrów, speleologię;
 - n) wykonywanie lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - o) Katastrof Naturalnych;
 - p) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - q) spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - r) Choroby Psychiczej;
 - s) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
 - t) skierowanie na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - u) przeprowadzenie Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wymagało działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:
 - 1) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 2) świadczeń assistance w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - 4) leczenia ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu;
 - 5) leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczenia assistance, jeżeli było ono spowodowane:
 - 1) działaniem Siły Wyższej lub Katastrofy Naturalnej;
 - 2) strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, epidemią, pandemią a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 15.5 SPOSÓB POSTĘPOWANIA

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance Ubezpieczony, inna osoba, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową lub inna osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego powinna niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie Ubezpieczenia Assistance Medycznej i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 4) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
2. Ubezpieczony powinien dokładnie opisać dyżurującemu pracownikowi Ubezpieczyciela okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje.
3. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
5. W przypadku uznania odpowiedzialności Ubezpieczyciela czas oczekiwania na realizację usługi assistance wynosi:
 - 1) do trzech Dni Roboczych liczonych od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku wizyt lekarskich;
 - 2) jeden Dzień Roboczy liczony od daty zgłoszenia roszczenia w przypadku pozostałych świadczeń assistance;
 o ile Ubezpieczony nie wskaże konkretnej placówki lub późniejszego terminu, w którym Ubezpieczony chciałby skorzystać z usługi assistance.

§ 16. PRAWA I OBOWIĄZKI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Ubezpieczony, osoba kontaktująca się w jego imieniu lub inna osoba, której zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, ma prawo do zgłoszenia Ubezpieczycielowi Zdarzenia Ubezpieczeniowego, począwszy od pierwszego dnia Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami wydanymi przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczającego o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, a także o zmianie danych osób, których zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
4. Do obowiązków Ubezpieczyciela należy:
 - 1) przyjmowanie i rejestracja zgłoszeń Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
 - 2) informowanie Ubezpieczonego, innej osoby, której zdrowie jest chronione w ramach Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej lub osoby zgłaszającej zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) weryfikacja uprawnień Ubezpieczonego do świadczeń przysługujących na podstawie Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 4) rozpatrywanie roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 5) przygotowanie Certyfikatów Ubezpieczenia Assistance Medycznej.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, a w szczególności do:
 - 1) przekazywania osobom ubiegającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową – przed wyrażeniem przez nie zgody na objęcie ochroną przez Ubezpieczyciela i złożeniem Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia – warunków OWU Assistance Medycznej;
 - 2) terminowego przekazywania składek należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej za wszystkich Ubezpieczonych;
 - 3) dostarczania Ubezpieczycielowi listy osób przystępujących do Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej;
 - 4) dostarczania listy osób odstępujących od Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z zastrzeżeniem że za prawidłowość przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - 5) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów Ubezpieczenia Assistance Medycznej przygotowanych przez Ubezpieczyciela;
 - 6) niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu), niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej.

§ 17. REGRES

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela, do wysokości zapłaconego świadczenia.
2. Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
3. Na żądanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej bądź ich spadkobiercy mogą złożyć Ubezpieczycielowi w formie:
 - 1) ustnej – telefonicznie pod numer: +48 22 522 26 40 (dostępny w Dni Robocze w godzinach 8:00–16:00) albo osobiście do protokołu w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
 - 3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia Assistance Medycznej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie trzydziestu dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w *Ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym*. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w Ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Biuro Rzecznika Finansowego

Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333 73 26 – Recepcja
+48 22 333 73 27 – Recepcja
faks +48 22 333 73 29
www.rf.gov.pl

8. W sprawach nieregulowanych niniejszymi OWU Assistance Medyczny mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
9. Prawem właściwym dla OWU Assistance Medyczny jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Assistance Medyczny.
14. Ubezpieczyciel nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.
15. Niniejsze OWU Assistance Medyczny przyjęte zostały uchwałą Ubezpieczyciela nr 054/2021 z dnia 21.09.2021 r. i wchodzi w życie z dniem 18.10.2021 r.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału

Załącznik nr 1 do OWU Assistance Medyczny – Zabiegi ambulatoryjne

AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
Usunięcie szwów
Zmiana opatrunku
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie – mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie – średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojęczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn,
Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite

AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
Usunięcie ciała obcego, śródnosowe

AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu wzowego, przewodów wzowych
Wstrzyknięcie podspojówkowe

AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
Zastosowanie gipsu biodrowego
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – od barku do ręki (ramienny)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – od łokcia do palca (przedramienia)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – palec (np. przykurcz)
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

Załącznik nr 2 do OWU Assistance Medyczny – Badania laboratoryjne

Morfologia krwi obwodowej – kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
Morfologia krwi obwodowej – kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów
Morfologia krwi obwodowej – z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
Morfologia krwi obwodowej – retikulocytoza; ręcznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); nieautomatycznie
Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego); automatycznie

Polityka prywatności

Zasady ochrony prywatności

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona);
- Imiona rodziców;
- PESEL;
- Adres zameldowania i zamieszkania;
- Data urodzenia;
- Płeć;
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości;
- Numery telefonów;
- Adres e-mail;
- Informacje o posiadanym prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu);
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym;
- Numer rejestracyjny pojazdu;
- Numer VIN pojazdu;
- Numer polisy;
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia;
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia;
- Obywatelstwo;
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej;
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody;

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku. Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji, kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych)	art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g) w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej	Tak	art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług)
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych Klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed ewentualnymi roszczeniami)

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszoną przez Państwa szkodę.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili stworzonych na podstawie zgłoszonej przez Państwa danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalały przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępnimy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zasobów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formie elektronicznej na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniem dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy. W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, którym jest Pani Katarzyna Kosińska. Z Inspektorem można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

Inspektor Ochrony Danych
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
E-mail: iomanip@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na stronie: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej: <https://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx> dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu **01.01.2021 r.**

*RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2).



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY POPREDZAJĄCY ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Poniższe informacje, zgodnie z ustawą z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest przekazać przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

Informujemy, że przesłane w wiadomości elektronicznej dokumenty dostępne są również nieodpłatnie w wersji papierowej. W przypadku potrzeby otrzymania dokumentacji w takiej formie prosimy o informację zwrotną.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ:

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna (dalej „Unum” lub „Zakład Ubezpieczeń”), al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, z kapitałem zakładowym w wysokości 60 000 000,00 zł w całości opłaconym.

CHARAKTER WYNAGRODZENIA:

W przypadku, gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonywane są przez:

1. **Zakład Ubezpieczeń**, to osoby wykonujące czynności dystrybucyjne otrzymują wynagrodzenie wynikające z umowy o pracę składające się ze składników stałych i zmiennych w postaci premii uzależnionej od wyników sprzedaży. Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne mogą dodatkowo uczestniczyć w konkursach sprzedażowych;
2. **Agenta ubezpieczeniowego wyłącznego**, to Agent ubezpieczeniowy wyłączny otrzymuje wynagrodzenie o charakterze mieszanym, składające się z części prowizyjnej uwzględnionej w kwocie składki ubezpieczeniowej oraz z części stałej i premiowej. Agent ubezpieczeniowy wyłączny może dodatkowo uczestniczyć w konkursach sprzedażowych.

SKARGI I REKLAMACJE:

Informujemy o możliwości złożenia reklamacji lub wniesienia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Unum:

- 1) w formie pisemnej: korespondencyjnie na adres siedziby Unum lub na adres jego oddziału; osobiście w siedzibie Unum lub w jego oddziale; poprzez Agentą Ubezpieczeniowego Unum;
- 2) ustnie, pod numerem tel. 800 33 55 33 albo osobiście do protokołu w siedzibie Unum lub w jego oddziale;
- 3) w formie elektronicznej na adres: kontakt@unum.pl

POZASĄDOWE ROZWIĄZYWANIE SPORÓW:

W przypadku, gdy w następstwie złożonej skargi lub reklamacji spór nie zostanie rozwiązany, sprawa może zostać skierowana do pozasądowego postępowania prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: <http://www.rf.gov.pl>).

