

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Dodatkowego
na wypadek Chorób Układu Krążenia

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia (dalej „OWUD”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w zw. z § 2 ust. 1 pkt. 1) – 4), 8) – 9) i 14); § 5; § 8; § 14 ust. 1 – 8; § 16 ust. 1 – 3; § 17.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 2 – 4 w zw. z § 2 ust. 1 pkt. 1) – 4), 8) – 9) i 14); § 4; § 5 ust. 4; § 16 ust. 4.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia

Skorowidz	2
Rozdział 1. Postanowienia ogólne	4
§ 1. Postanowienia wprowadzające	4
§ 2. Definicje	4
Rozdział 2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia	4
§ 3. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia	4
§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	7
Rozdział 3. Umowa dodatkowa	7
§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej	7
§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej	7
§ 7. Okres trwania Umowy	7
§ 8. Okres odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A.	8
§ 9. Suma ubezpieczenia	8
§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia	8
§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej	8
§ 12. Częstotliwość opłacania Składki	8
§ 13. Indeksacja Składki	8
§ 14. Przedłużenie Umowy dodatkowej	8
§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej	9
Rozdział 4. Świadczenia	9
§ 16. Wysokość Świadczenia	9
§ 17. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności	10
§ 18. Wypłata Świadczenia	10
Rozdział 5. Postanowienia końcowe	10
§ 19. Pozostałe postanowienia	10
§ 20. Data wejścia w życie OWUD i data uchwały	10

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 1. Postanowienia wprowadzające

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego stosuje się do umów Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia zawieranych przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółkę Akcyjną.
2. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia stanowią integralną część Umowy dodatkowej zawartej na ich podstawie.
3. Zawarcie i obowiązywanie Umowy dodatkowej uzależnione jest od zawarcia i obowiązywania Umowy podstawowej.
4. Polisa może regulować prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia, w tym Umowy dodatkowej, w sposób odbiegający od niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia.

§ 2. Definicje

1. W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia, zwanych dalej „OWUD”, w Polisie, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Choroba układu krążenia** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3;
 - 2) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego oznacza:**
 - a) w odniesieniu do Choroby układu krążenia – dzień rozpoznania Choroby układu krążenia przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z diagnozowaną chorobą, chyba że w definicjach poszczególnych Chorób układu krążenia wskazano inaczej (rozdz. 2 § 3 ust. 3);
 - b) w odniesieniu do Leczenia specjalistycznego – dzień przeprowadzenia procedury Leczenia specjalistycznego objętej zakresem ubezpieczenia, chyba że w definicjach poszczególnych procedur Leczenia specjalistycznego wskazano inaczej (rozdz. 2 § 3 ust. 4);
 - 3) **Leczenie specjalistyczne** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 4;
 - 4) **Okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy dniem rozpoczęcia i dniem zakończenia odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej. Wymienione daty podane są w Polisie;
 - 5) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 6) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia będąca sumą składki z tytułu Umowy podstawowej i składek z tytułu Umów dodatkowych, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 7) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) **Świadczenie z tytułu Choroby układu krążenia** – wypłata Ubezpieczonemu przez Unum Życie TUIR S.A. kwoty należnej w przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego Choroby układu krążenia objętej zakresem ubezpieczenia;
 - 9) **Świadczenie z tytułu Leczenia specjalistycznego** – wypłata Ubezpieczonemu przez Unum Życie TUIR S.A. kwoty należnej w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego procedury Leczenia specjalistycznego objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w Polisie jako ubezpieczony z tytułu Umowy podstawowej oraz Umowy dodatkowej, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 11) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum Życie TUIR S.A. na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie będzie potwierdzone Polisą lub aneksem do Polisy;
 - 12) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum Życie TUIR S.A., wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
 - 13) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
 - 14) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia, objęte zakresem ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami rozdz. 2 § 3 ust. 2.
2. Jeżeli niniejsze OWUD nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej mają takie samo znaczenie w niniejszych OWUD. W szczególności, ilekroć w niniejszych OWUD jest mowa o „Ubezpieczonym” i „Ubezpieczającym”, należy przez to rozumieć odpowiednio „Ubezpieczonego” i „Ubezpieczającego” z ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia

§ 3. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia

1. Przedmiotem Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia obejmuje, z zastrzeżeniem rozdz. 2 § 4, poniższe Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) każdą z Chorób układu krążenia zdefiniowanych w ust. 3 niniejszego paragrafu, pod warunkiem że:
 - a) Choroba układu krążenia została rozpoznana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, oraz
 - b) postępowanie diagnostyczno-lecznicze prowadzące do rozpoznania Choroby układu krążenia rozpoczęło się w Okresie ubezpieczenia, oraz
 - c) rozpoznanie Choroby układu krążenia zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa/kardiochirurga lub lekarza specjalistę neurologa/neurochirurga, lub lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, oraz
 - d) Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 30 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2) każdą z procedur Leczenia specjalistycznego zdefiniowaną w ust. 4 niniejszego paragrafu, pod warunkiem że:
 - a) procedura Leczenia specjalistycznego została przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia, oraz
 - b) skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione w Okresie ubezpieczenia, oraz

- c) choroba będąca bezpośrednią przyczyną Leczenia specjalistycznego została rozpoznana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, oraz
 - d) rozpoznanie choroby wskazanej w punkcie c) powyżej zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa/kardiochirurga lub lekarza specjalistę neurologa/neurochirurga, lub lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, oraz
 - e) Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 30 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za Choroby układu krążenia objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie choroby wymienione i zdefiniowane poniżej, rozpoznane przez lekarzy z odpowiednią specjalizacją, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:

- 1) Wyłącznie taki **Poważny 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 następstwa neurologiczne uznaje się:

- a) porażenia i niedowłady kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę poudarową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy o charakterze afazji czuciowej i/lub ruchowej;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi zostać potwierdzone:

- i. występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, oraz
- ii. badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym, oraz
- iii. zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Trwałość któregośkolwiek z powyższych objawów i następstw neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 3 miesiące od daty rozpoznania.

W odniesieniu do Poważnego udaru mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa.

Za Poważny 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;
 - g) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika;
 - h) objawów neurologicznych spowodowanych migreną.
- 2) 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:

- a) porażenia i niedowłady kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę poudarową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy o charakterze afazji czuciowej i/lub ruchowej;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi zostać potwierdzone:

- i. występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, oraz
- ii. badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym, oraz
- iii. 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 3 miesiące od dnia rozpoznania.

W odniesieniu do Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego 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.

- 3) Wyłącznie taki **Poważny zawał serca**, który oznacza rozpoznanie dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
 - a) znamiennego i typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), oraz
 - b) nowo powstałych zaburzeń kurczliwości ścian komór serca uwidocznionych w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca, oraz
 - c) współistnienia co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - ii. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - iii. powstanie patologicznych załamków Q.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca.
- 4) Wyłącznie taki **Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo**, który oznacza rozpoznanie po raz pierwszy u Ubezpieczonego dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
 - a) znamiennego i typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), oraz
 - b) ze współistnieniem co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. objawy podmiotowe niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - ii. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - iii. powstanie patologicznych załamków Q.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca.
- 5) Wyłącznie taką **Kardiomiopatię**, która oznacza nieodwracalną niewydolność serca w stopniu co najmniej 4 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), występującą nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące u Ubezpieczonego, u którego wykorzystano już wszystkie możliwe oraz stosowane w optymalny sposób, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC) metody terapii. Rozpoznanie kardiomiopatii musi zostać potwierdzone badaniem echo serca obrazującym obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory poniżej 40% (< EF 40%).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kardiomiopatii spowodowanej nadużywaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych.
- 6) Wyłącznie taką **Kardiomiopatię łagodną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność serca w stopniu co najmniej 3 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), występującą nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy u Ubezpieczonego z wszczepionym urządzeniem ICD (kardiowerter – defibrylator), u którego jednocześnie stosuje się optymalną farmakoterapię zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology, ESC). Rozpoznanie kardiomiopatii musi zostać potwierdzone badaniem echo serca obrazującym obniżenie frakcji wyrzutowej lewej komory poniżej 40% (< EF 40%).
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kardiomiopatii spowodowanej nadużywaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych.
- 7) Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do przerostu i/lub 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 3 według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się wartości średniego ciśnienia w tętnicy płucnej (PAP) powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
- 8) Wyłącznie taki **Tętniak aorty wstępującej**, który oznacza odcinkowe ograniczone poszerzenie światła aorty w odcinku wstępującym powstałe w wyniku uszkodzenia jej ścian, charakteryzujące się poszerzeniem światła tętnicy do poziomu powyżej 55 mm.
4. Za Leczenie specjalistyczne objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie wymienione i zdefiniowane poniżej procedury leczenia kardiologicznego, kardiochirurgicznego lub neurochirurgicznego, o ile ich przeprowadzenie u Ubezpieczonego jest niezbędne z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowych czynności chorego układu lub narządu, z zastrzeżeniem wyłączeń lub dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
 - 1) Wyłącznie taką **Angioplastykę naczyń wieńcowych (PTCA)**, która oznacza 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.
 - 2) Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej**, która oznacza operację na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej wykonaną przez kardiochirurga i mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów).
 - 3) Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej wykonaną przez kardiochirurga i mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
 - 4) Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza operację przeprowadzoną 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 w Okresie ubezpieczenia.
 - 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 tętnicy płucnej**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną z dostępu przezklatkowego (torakotomię) polegającą na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym;
 - 7) Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza operację wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:

- a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku urazu;
- b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
- c) zabiegi wewnątrznaczyniowe.
- 8) Wyłącznie taką **Operację zastawek na otwartym sercu**, która oznacza operację wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonywaną na otwartym sercu. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
- 9) Wyłącznie taką **Transplantację mięśnia sercowego**, która oznacza zabieg operacyjny dokonanego przeszczepu mięśnia sercowego będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. W zakresie definicji mieści się zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep (KLO Poltransplant), a za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się wówczas dzień wpisania na listę KLO Poltransplant.
- 10) Wyłącznie taką **Walwuloplastykę balonową**, która oznacza zabieg polegający na mechanicznym poszerzeniu zwężonej zastawki serca za pomocą cewnika zakończonego balonem.

§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W przypadku gdy Data zdarzenia ubezpieczeniowego dla Operacji na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej, Operacji na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej, Operacji zastawek na otwartym sercu i Małoinwazyjnej operacji zastawek serca przypadnie w okresie 90 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej, Unum Życie TUIR S.A. wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej w wysokości równej sumie trzech miesięcznych Składek. Ograniczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie znajduje zastosowania w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Okres ubezpieczenia zgodnie z rozdz. 3 § 14.
2. Unum Życie TUIR S.A. nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. za skutki tych okoliczności.
3. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Unum Życie TUIR S.A. nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

Rozdział 3. Umowa dodatkowa

§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta pod warunkiem zawarcia Umowy podstawowej.
2. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy dodatkowej zostanie potwierdzone Polisą, a w przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest później niż Umowa podstawowa, aneksem do Polisy.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Unum Życie TUIR S.A. wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum Życie TUIR S.A. zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Unum Życie TUIR S.A. może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przy czym zakres badań zostanie określony przez Unum Życie TUIR S.A. w skierowaniu. Badania przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Unum Życie TUIR S.A. i na koszt Unum Życie TUIR S.A.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytało Unum Życie TUIR S.A. przed zawarciem Umowy dodatkowej. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mają zastosowanie postanowienia rozdz. 2 § 4 ust. 2 i 3.
5. Unum Życie TUIR S.A. ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego. W takim przypadku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
6. Unum Życie TUIR S.A. może zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością w stosunku do wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD.
7. Jeśli Unum Życie TUIR S.A. zaproponuje zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością w stosunku do wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, wówczas zwróci na to uwagę Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie przy doręczeniu odpowiednio Polisy lub aneksu do Polisy, informując jednocześnie o przysługującym Ubezpieczającemu prawie do zgłoszenia sprzeciwu w terminie 7 dni od dnia otrzymania Polisy lub aneksu do Polisy. Jeśli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w tym terminie, Umowa dodatkowa zostanie uznana za zawartą zgodnie z treścią Polisy lub aneksu do Polisy następnego dnia po upływie tego terminu.
8. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wyrazi zgody na zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką, obniżoną wysokością w stosunku do wnioskowanej Sumy ubezpieczenia lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
9. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, Umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia przez Unum Życie TUIR S.A. Ubezpieczającemu Polisy lub aneksu do Polisy, z zastrzeżeniem ust. 7 i 8 niniejszego paragrafu. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej może rozpocząć się innego dnia niż dzień jej zawarcia (rozdz. 3 § 8 ust. 1).

§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczony ukończył 15 lat i ma nie więcej niż 60 lat.

§ 7. Okres trwania Umowy

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w rozdz. 3 § 14.

§ 8. Okres odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A.

1. Odpowiedzialność Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie lub aneksie do Polisy, ale w żadnym wypadku nie wcześniej niż od dnia zapłacenia w pełnej wysokości pierwszej Składki całkowitej.
2. Koniec odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej następuje z dniem rozwiązywania Umowy dodatkowej (rozdz. 3 § 15).

§ 9. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony Umowy ubezpieczenia i określona kwotowo w Polisie.
2. Unum Życie TUIR S.A. zastrzega sobie prawo do ustalenia minimalnej i maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia, na jaką może zostać zawarta Umowa dodatkowa.

§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia może zostać obniżona na pisemny wniosek Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego.
2. Unum Życie TUIR S.A. może nie zaakceptować wniosku o obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia, jeżeli powodowałoby to zmniejszenie Sumy ubezpieczenia poniżej wartości minimalnej obowiązującej w Unum Życie TUIR S.A. w dniu złożenia wniosku o obniżenie.
3. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia staje się skuteczne po wyrażeniu zgody przez Unum Życie TUIR S.A. na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia. W przypadku wyrażenia zgody na obniżenie Sumy ubezpieczenia Unum Życie TUIR S.A. w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku o obniżenie prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy uwzględniający zmienioną wysokość Składki, Składki całkowitej, Sumy ubezpieczenia, a także poinformuje Ubezpieczonego o wprowadzonych zmianach i ich wpływie na wysokość Świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Składki jest obliczana na podstawie Sumy ubezpieczenia oraz taryfy Unum Życie TUIR S.A., z uwzględnieniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Unum Życie TUIR S.A. w oparciu o czynniki obejmujące Wiek Ubezpieczonego w dniu akceptacji wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jego stan zdrowia, tryb życia, hobby, uprawiane sporty i wykonywany zawód. Wysokość Składki zależy również od częstotliwości jej opłacania, przy czym okres, częstotliwość opłacania oraz wysokość Składki są określone w Polisie.
2. W przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres wysokość Składki obliczana jest ponownie zgodnie z postanowieniami rozdz. 3 § 14.

§ 12. Częstotliwość opłacania Składki

1. Składka jest opłacana jednocześnie ze składką z tytułu Umowy podstawowej oraz na tych samych zasadach (tj. z tą samą częstotliwością i w ten sam sposób).

§ 13. Indeksacja Składki

1. Indeksacja Składki oraz wynikający z niej wzrost Sumy ubezpieczenia następują na zasadach przewidzianych dla indeksacji składki z Umowy podstawowej, wskazanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.
2. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa do indeksacji Składka ulega podwyższeniu zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, co powoduje wzrost Sumy ubezpieczenia o kwotę obliczoną przez Unum Życie TUIR S.A. Kwota ta zostanie obliczona na podstawie taryfy składek Unum Życie TUIR S.A., Wzrost Ubezpieczonego w dniu dokonywania indeksacji oraz kwoty podwyższenia Składki.
3. Prawo do indeksacji Składki wygasa z dniem wygaśnięcia prawa do indeksacji składki z Umowy podstawowej.

§ 14. Przedłużenie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczający ma prawo do przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy roczne, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu, bez ponownej oceny przez Unum Życie TUIR S.A. ryzyka ubezpieczeniowego, a w szczególności bez przeprowadzania badań lekarskich.
2. Ubezpieczający ma prawo do przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu przedłużenia Umowy dodatkowej ma nie więcej niż 69 lat.
3. Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Unum Życie TUIR S.A. aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wzrost Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.
4. Unum Życie TUIR S.A. przedstawi Ubezpieczającemu warunki dotyczące przedłużenia Umowy dodatkowej, w tym informację o wysokości Składki, najpóźniej w terminie 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
5. Ubezpieczający ma prawo zrezygnować z możliwości przedłużenia Umowy dodatkowej. W takim przypadku Ubezpieczający poinformuje Unum Życie TUIR S.A. o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
6. Nieprzekazanie przez Ubezpieczającego informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej w terminie określonym w ust. 5 niniejszego paragrafu uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na kolejny okres na warunkach zaproponowanych przez Unum Życie TUIR S.A.
7. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Unum Życie TUIR S.A. prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy potwierdzający przedłużenie Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki i jednocześnie poinformuje Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy dodatkowej oraz o wysokości Świadczeń.
8. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie do Polisy, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
9. Jeżeli Ubezpieczający nie przekazał informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej (ust. 5 niniejszego paragrafu) i została ona przedłużona, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od przedłużonej Umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od daty otrzymania aneksu do Polisy, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu. W takim przypadku wpłacona Składka z tytułu Umowy dodatkowej, naliczona od daty przedłużenia Umowy dodatkowej, zostanie zwrócona w całości.

§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej

- Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
 - z dniem wypłaty Świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia lub z dniem, w którym łączna kwota wypłaconych Świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia;
 - z określonym w Polisie dniem zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej (o ile umowa ta nie zostanie przedłużona zgodnie z postanowieniami §14);
 - w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat, przy czym Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 70 lat;
 - z dniem rozwiązania Umowy podstawowej;
 - z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w Ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczące Umowy podstawowej nie stanowią inaczej;
 - w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej zawarciu zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu;
 - w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej przedłużeniu, zgodnie z rozdz. 3 § 14 ust. 9;
 - w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez doręczenie Unum Życie TUIR S.A. pisemnego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli Unum Życie TUIR S.A. najpóźniej w dniu zawarcia Umowy dodatkowej nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie do odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej Unum Życie TUIR S.A. zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający ma prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej w każdym czasie. W przypadku złożenia takiego oświadczenia Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem otrzymania przez Unum Życie TUIR S.A. tego oświadczenia na piśmie.
- W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej z przyczyny innej niż wymieniona w ust. 1 pkt 1 niniejszego paragrafu Unum Życie TUIR S.A. zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 4. Świadczenia

§ 16. Wysokość Świadczenia

- Wysokość Świadczenia z tytułu Choroby układu krążenia jest równa Sumie ubezpieczenia pomnożonej przez właściwy dla danej Choroby układu krążenia procent Sumy ubezpieczenia wskazany w tabeli poniżej, z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu oraz rozdz. 2 § 4 ust. 1.
- Wysokość Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego jest równa Sumie ubezpieczenia pomnożonej przez właściwy dla danej procedury Leczenia specjalistycznego procent Sumy ubezpieczenia wskazany w tabeli poniżej, z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu oraz rozdz. 2 § 4 ust. 1.
- Poniższa tabela określa procent Sumy ubezpieczenia stosowany do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Choroby układu krążenia oraz wysokości Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego.

Lp.	Choroba układu krążenia	Procent Sumy ubezpieczenia
1.	Poważny udar mózgu	100%
2.	Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	25%
3.	Poważny zawał serca	100%
4.	Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo	25%
5.	Kardiomiopatia	100%
6.	Kardiomiopatia łagodna	50%
7.	Pierwotne nadciśnienie płucne	100%
8.	Tętniak aorty wstępującej	50%
Lp.	Leczenie specjalistyczne	Procent Sumy ubezpieczenia
1.	Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	10%
2.	Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej	100%
3.	Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej	25%
4.	Małoinwazyjna operacja zastawek serca	25%
5.	Operacja tętniaka mózgu	100%
6.	Operacja tętnicy płucnej	100%
7.	Operacja wszczepienia protezy aortalnej	100%
8.	Operacja zastawek na otwartym sercu	100%
9.	Transplantacja mięśnia sercowego	100%
10.	Walwuloplastyka balonowa	25%

- Łączna kwota wypłacanych Świadczeń z tytułu Choroby układu krążenia oraz Świadczeń z tytułu Leczenia specjalistycznego ograniczona jest do 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 17. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności

1. Do ustalenia odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. wymagane są następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoczęcie procesu diagnostyczno-leczniczego Choroby układu krążenia lub innej choroby będącej podstawą do przeprowadzenia procedury Leczenia specjalistycznego;
 - 4) dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w szczególności:
 - a) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - b) opinia lekarza prowadzącego;
 - c) wyniki badań potwierdzające wystąpienie Choroby układu krążenia lub innej choroby będącej podstawą do przeprowadzenia procedury Leczenia specjalistycznego;
 - d) karta wypisu ze szpitala;
 - e) inne dokumenty wymagane zgodnie z rozdz. 2 § 3 ust. 3 i 4.
 - 5) dokumenty potwierdzające rozpoczęcie lub przeprowadzenie procedury Leczenia specjalistycznego.
2. Unum Życie TUIR S.A. może wymagać od osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. Rozpatrując wniosek o wypłatę świadczenia, Unum Życie TUIR S.A. poinformuje osobę uprawnioną o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności.
3. W celu ustalenia prawa do świadczenia Unum Życie TUIR S.A. może wymagać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Zakres badań podany będzie w skierowaniu, a ich koszt pokrywa Unum Życie TUIR S.A.
4. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty dotyczące Zdarzenia ubezpieczeniowego muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W takim przypadku osoba uprawniona z tytułu Umowy dodatkowej jest zobowiązana do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego.
5. Wszelkie dokumenty konieczne do ustalenia odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. muszą być dostarczone w oryginałach, urzędowych odpisach lub kopiach poświadczonych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub poświadczonych przez Unum Życie TUIR S.A. na podstawie oryginału.

§ 18. Wypłata Świadczenia

1. Prawo do Świadczenia z tytułu Choroby układu krążenia oraz do Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego przysługuje Ubezpieczonemu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia zawiadomienie o tym zdarzeniu powinno być złożone do Unum Życie TUIR S.A. nie wcześniej niż po 30 dniach od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 19. Pozostałe postanowienia

1. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej staje się ona integralną częścią Umowy ubezpieczenia i podlega interpretacji łącznie z Umową podstawową (z zastrzeżeniem możliwości rozwiązania Umowy dodatkowej przed terminem rozwiązania Umowy podstawowej).
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWUD stosuje się odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

§ 20. Data wejścia w życie OWUD i data uchwały

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Chorób Układu Krążenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/06/2020 Zarządu Unum Życie TUIR S.A. z dnia 16 czerwca 2020 r. i wchodzi w życie z dniem 16 czerwca 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

