Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego

na wypadek
Poważnego zachorowania

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania

Rodzaj informacji	**Numer zapisu**
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 3, 5, 6, 11, 17; § 5; § 7; § 8; § 14 ust. 1–9; § 16; § 17; § 18 ust. 1.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 2–4 w związku z § 2 ust.1 pkt 1, 3, 5, 6, 11, 17; § 4; § 5 ust. 4; § 16 ust. 2; § 17 ust. 4 § 18 ust. 2 i ust. 3.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania

Skorowidz 2

Rozdział 1. Postanowienia ogólne 4
§ 1. Postanowienia wprowadzające 4
§ 2. Definicje 4

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania 4
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania 4
§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności 14

Rozdział 3. Umowa dodatkowa 15
§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej 15
§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej 15
§ 7. Okres ubezpieczenia 15
§ 8. Okres odpowiedzialności Unum 15
§ 9. Suma ubezpieczenia 16
§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia 16
§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej 16
§ 12. Częstotliwość opłacania Składki 16
§ 13. Indeksacja Składki 16
§ 14. Przedłużenie Umowy dodatkowej 16
§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej 17

Rozdział 4. Świadczenia 17
§ 16. Wysokość Świadczenia 17
§ 17. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności 17
§ 18. Wypłata Świadczenia 18

Rozdział 5. Postanowienia końcowe 18
§ 19. Pozostałe postanowienia 18
§ 20. Data uchwały 18

Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji 19

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 1. Postanowienia wprowadzające

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego, zwane dalej „OWUD", stosuje się do umów Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania zawieranych przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółkę Akcyjną.
2. Zawarcie i obowiązywanie Umowy dodatkowej uzależnione są od zawarcia i obowiązywania Umowy podstawowej.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach odbiegających od OWUD.

§ 2. Definicje

1. W niniejszych OWUD, w Polisie, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
   1) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego** oznacza:
      a) w odniesieniu do Poważnej operacji – dzień jej przeprowadzenia,
      b) w odniesieniu do Poważnego zachorowania – dzień rozpoznania Poważnego zachorowania przez Lekarza specjalistę, chyba że w definicjach poszczególnych Poważnych zachorowań wskazano inaczej (§ 3 ust. 3 niniejszych OWUD);
   2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
   3) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego, niemające 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);
   4) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawierana jest Umowa dodatkowa. Okres ten podany jest w Polisie lub w aneksie do Polisy;
   5) **Poważna operacja** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3 ust. 4 niniejszych OWUD;
   6) **Poważne zachorowanie** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych § 3 ust. 3 niniejszych OWUD;
   7) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
   8) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia, będąca sumą składki z Umowy podstawowej i składek z Umów dodatkowych, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
   9) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w aneksie do Polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Składki oraz wysokości Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   10) **Świadczenie** – kwota wypłacana Ubezpieczonemu w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) **Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji** – tabela zawierająca listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji będących w zakresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji stanowi integralną część niniejszych OWUD;
   12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w Polisie lub w aneksie do Polisy, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia;
   13) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie potwierdzone jest Polisą lub aneksem do Polisy;
   14) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum, wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
   15) **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
   16) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
   17) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej, będące w zakresie ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami niniejszych OWUD.
2. Jeżeli niniejsze OWUD nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej mają takie samo znaczenie w niniejszych OWUD.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania

§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) Poważne zachorowanie zdefiniowane w ust. 3 pkt. 1–68 niniejszego paragrafu, pod warunkiem że Poważne zachorowanie zostało rozpoznane u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego (warunek pozostawania przy życiu Ubezpieczonego przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma zastosowania w przypadku: Nowotworu złośliwego, Nowotworu o granicznej złośliwości, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego);

2) Poważną operację zdefiniowaną w ust. 4 pkt. 1–6 niniejszego paragrafu, pod warunkiem że Poważna operacja została przeprowadzona u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej na podstawie skierowania wystawionego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jeśli przyczyną zdarzenia jest Nieszczęśliwy wypadek, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1–2 powyżej, uznaje się wyłącznie takie zdarzenie, które jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

3. Za Poważne zachorowania objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie choroby wskazane i zdefiniowane poniżej, rozpoznane przez Lekarzy specjalistów i potwierdzone odpowiednimi badaniami, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
   1) Wyłącznie taką **Bąblowicę o ciężkim przebiegu**, która oznacza chorobę pasożytniczą wywoływaną przez tasiemce z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie Bąblowicy o ciężkim przebiegu musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę na podstawie biopsji lub badań obrazowych. Odpowiedzialnością objęte są wyłącznie te przypadki Bąblowicy, w których zastosowano leczenie przyczynowe zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki Bąblowicy jednojamowej o lokalizacji wątrobowej, które leczone są wyłącznie farmakologicznie, a łączny czas przyjmowania leków nie przekracza 30 dni.
   2) Wyłącznie taką **Boreliozę o ciężkim przebiegu**, która oznacza bakteryjną chorobę powodowaną przez krętki *Borrelia burgdorferi*, przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi w postaci: zapalenia stawów, zapalenia mięśnia sercowego, zaburzeń przewodnictwa, porażenia nerwu czaszkowego, zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych lub rdzenia kręgowego oraz z różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Rozpoznanie Boreliozy o ciężkim przebiegu musi być jednoznacznie potwierdzone przez Lekarza specjalistę wraz z dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
   3) Wyłącznie taką **Cholerę**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez toksynogenne przecinkowce cholery *(Vibrio cholerae)*. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez Lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka) oraz potwierdzeniu obecności bakterii w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.
   4) Wyłącznie taką **Chorobę Chagasa (trypanosomozę amerykańską)**, która oznacza zakaźną chorobę pasożytniczą wywoływaną przez świdrowca *Trypanosoma cruzi*. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są wyłącznie przypadki, w których obecność świdrowca *Trypanosoma cruzi* została potwierdzona w badaniu mikroskopowym (rozmaz krwi) lub badaniach serologicznych.
   5) Wyłącznie taką **Chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która oznacza klinicznie rozpoznaną przez Lekarza specjalistę neurodegeneracyjną chorobę ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego skutkującego szybko rozwijającym się otępieniem potwierdzonym w testach psychologicznych oraz zaburzeniami w zakresie ruchu powodującymi niezdolność do samodzielnej egzystencji opisanej w skali Barthel poniżej 80 pkt.
   6) Wyłącznie taką **Chorobę Crohna o ciężkiej postaci**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna o ciężkiej postaci dojdzie do wytworzenia przetoki, do niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
   7) Wyłącznie taką **Chorobę Crohna o łagodnej postaci**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania wraz z objawami towarzyszącymi: nawracającą biegunką, dolegliwościami bólowymi brzucha, gorączką oraz zmniejszeniem masy ciała. Rozpoznanie Choroby Crohna o łagodnej postaci musi zostać potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
   8) Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (pląsawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, w przypadku gdy rozpoznanie zostało postawione przez Lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów pląsawiczych i otępienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).
   9) 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: 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 do:
      a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
      b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.

      Rozpoznanie Choroby neuronu ruchowego musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania neurologicznego.
   10) Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona w zaawansowanej postaci**, która oznacza postępującą, samoistną chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę (neurony dopaminergiczne), spełniającą łącznie kryteria wymienione w punktach a i b poniżej:
      a) stwierdzone postępujące upośledzenie sprawności organizmu mimo leczenia farmakologicznego;
      b) stwierdzona przez Lekarza specjalistę utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolność do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
         i. mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpieli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
         ii. odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;

iii. załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej;
iv. ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
v. przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
vi. poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.

W odniesieniu do Choroby Parkinsona w zaawansowanej postaci za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia rozpoznania przez Lekarza specjalistę w oparciu o powyższe kryteria i obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby.

11) Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona we wczesnej postaci**, która oznacza postępującą, samoistną chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę (neurony dopaminergiczne), spełniającą łącznie kryteria wymienione w punktach a i b poniżej:
   a) stwierdzone postępujące upośledzenie sprawności organizmu mimo leczenia farmakologicznego;
   b) stwierdzona przez Lekarza specjalistę utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolność do samodzielnego wykonywania jednej lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
      i. mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpieli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
      ii. odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
      iii. załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej;
      iv. ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
      v. przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
      vi. poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.

   W odniesieniu do Choroby Parkinsona we wczesnej postaci za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia rozpoznania przez Lekarza specjalistę w oparciu o powyższe kryteria i obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby.
12) Wyłącznie taki **Dur brzuszny**, który oznacza ostrą układową chorobę zakaźną wywoływaną przez pałeczkę duru brzusznego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
   a) bóle głowy,
   b) względna bradykardia,
   c) kaszel,
   d) biegunka, zaparcie, ból brzucha.

   Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
13) Wyłącznie taką **Dystrofię mięśniową**, 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 mięśniowej z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji. Rozpoznanie Dystrofii mięśniowej musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych kryteriów:
   a) zespół kliniczny charakteryzujący się brakiem zaburzeń czucia, prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego i osłabieniem odruchów ścięgnowych;
   b) obraz elektromiograficzny typowy dla tej choroby;
   c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
14) Wyłącznie taką **Filariozę**, która oznacza zakaźną chorobę pasożytniczą wywoływaną przez nicienie, objawiającą się gorączką i zapaleniem węzłów i naczyń chłonnych. Rozpoznanie Filariozy musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o stwierdzenie obecności nicieni w tkankach, płynach ciała lub jamach ciała.
15) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Ebola**, która oznacza chorobę zakaźną wywoływana przez wirusa Ebola. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Ebola została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
16) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Lassa**, która oznacza chorobę zakaźną wywoływaną przez wirusa Lassa. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Lassa została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
17) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Marburg**, która oznacza chorobę zakaźną wywoływaną przez wirusa Marburg. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Marburg została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
18) Wyłącznie taką **Gruźlicę**, która oznacza zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc lub innych narządów, która wymaga leczenia szpitalnego. Rozpoznanie Gruźlicy musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę na podstawie wyników badań obrazowych i bakteriologicznych i objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby. Za Gruźlicę nie uważa się bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej, ani pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe.

19) Wyłącznie takie **Infekcyjne zapalenie wsierdzia**, które oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia u Ubezpieczonego z własnymi zastawkami. Odpowiedzialnością objęte są te przypadki Infekcyjnego zapalenia wsierdzia, które wymagały leczenia szpitalnego i muszą być sklasyfikowane przez Lekarza specjalistę jako „patologicznie pewne", „klinicznie pewne" lub „klinicznie możliwe" w oparciu o zmodyfikowane przez ESC (European Society of Cardiology) w 2015 r. kryteria Uniwersytetu Duke'a.
Odpowiedzialnością nie są objęte przypadki:
   a) infekcyjnego zapalenia wsierdzia o etiologii szpitalnej;
   b) u osób, u których przeprowadzono zabiegowe leczenie zastawek serca, w tym wymianę zastawek;
   c) u osób z ciałami obcymi w układzie krążenia, w tym urządzeniami do elektroterapii;
   d) po operacjach serca lub aorty;
   e) u osób z udokumentowaną historią przyjmowania substancji psychoaktywnych drogą iniekcji.
20) Wyłącznie taką **Kardiomiopatię przerostową**, która oznacza chorobę przebiegającą z zaburzeniem budowy i czynności serca, w której dochodzi do zwiększenia grubości ściany lewej komory mięśnia sercowego, niewynikającego wyłącznie z nadmiernego obciążenia. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których dochodzi do niewydolności serca odpowiadającej klasie III lub IV według klasyfikacji New York Heart Association (NYHA). Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o badanie echokardiograficzne serca.
21) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność łagodnego histologicznie guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodującego trwały ubytek neurologiczny. 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. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli ani guzów przysadki mózgowej niewymagających usunięcia neurochirurgicznego, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaków ani guzów rdzenia kręgowego. W każdym przypadku rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę.
22) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych niewymagającego usunięcia neurochirurgicznego.
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje guzów przysadki mózgowej, torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaków ani guzów rdzenia kręgowego. W każdym przypadku rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę.
23) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego w obrębie rdzenia – w tym rdzenia przedłużonego – zlokalizowanego wewnątrztwardówkowo, wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powodującego trwały ubytek neurologiczny. W każdym przypadku rozpoznanie musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych, krwiaków.
24) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego w obrębie rdzenia – w tym rdzenia przedłużonego – zlokalizowanego wewnątrztwardówkowo, niewymagającego usunięcia neurochirurgicznego. W każdym przypadku rozpoznanie musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych, krwiaków.
25) Wyłącznie taką **Malarię**, która oznacza chorobę pasożytniczą wywołaną przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*.
Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której wykryto:
   a) zarodźce malarii w rozmazach krwi włośniczkowej,
   b) antygen zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych.
26) 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 spełnione 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.
27) Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza końcową postać niewydolności nerek charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się odpowiednio: dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.

28) Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i destrukcją zdrowych tkanek. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
    a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy CIN 1, CIN 2, CIN 3, żadnych zmian przedrakowych ani zmian opisywanych jako przedinwazyjne lub Tis;
    b) raka gruczołu krokowego ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
    c) nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż IB według klasyfikacji TNM oraz chłoniaków skóry przebiegających z zajęciem narządów wewnętrznych;
    d) raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria mikroraka (microcarcinoma) w badaniu histopatologicznym (tj. o średnicy mniejszej niż 10 mm). Wyłączeniem są objęte przypadki, w których występuje wyłącznie jeden guz spełniający kryteria microcarcinoma;
    e) nowotworów związanych z AIDS lub z zakażeniem wirusem HIV;
    f) zespołów mielodysplastycznych, mieloproliferacyjnych oraz mieloproliferacyjno-dysplastycznych;
    g) nowotworów łagodnych, guzów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego;
    h) przewlekłej białaczki limfocytowej;
    i) nowotworów pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania Ta lub Tis według klasyfikacji TNM.

    Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, z zastrzeżeniem że za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień pobrania materiału do badania.
29) Wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesną postać nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii, z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia obejmuje:
    a) stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
    b) nowotwory jajnika o złośliwości granicznej, które wymagają chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
    c) zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny, które wymagają leczenia hematologicznego;
    d) raka brodawkowatego tarczycy, spełniającego kryteria mikroraka (microcarcinoma) w badaniu histopatologicznym (tj. o średnicy mniejszej niż 10 mm), który wymaga zabiegu operacyjnego;
    e) wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii, lub radioterapii;
    f) przewlekłą białaczkę limfocytową.

    Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, z zastrzeżeniem że za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień pobrania materiału do badania.
30) 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 lub powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie III 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.
31) 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 spełnieniu łącznie wszystkich wymienionych niżej warunków:
    a) szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
    b) martwica obejmująca całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska;
    c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań wykazują następujące cechy:
        i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miąższu wątroby;
        ii. obiektywne oznaki encefalopatii wątrobowej.
32) Wyłącznie takie **Poważne oparzenie**, które oznacza oparzenia termiczne stopnia III lub IV obejmujące łącznie minimum 20% powierzchni ciała albo oparzenia nietermiczne (chemiczne, elektryczne, radiacyjne) obejmujące łącznie minimum 10% powierzchni ciała. Szacowanie powierzchni ciała objętej oparzeniami musi być dokonane przez pomiar powierzchni ran oparzeniowych lub blizn oparzeniowych i zestawienie jej z całkowitą powierzchnią ciała. Za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień, w którym doszło do oparzenia.
33) 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 Poważnego udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

    Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:
    a) porażenia i niedowłady kończyn;
    b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe;
    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 któregokolwiek z powyższych objawów lub 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.

Za Poważny udar mózgu nie uznaje się:
i. przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
ii. przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
iii. uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
iv. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
v. udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
vi. skutków choroby dekompresyjnej;
vii. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika;
viii. objawów neurologicznych spowodowanych migreną.

34) 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.

35) 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. objawów podmiotowych niedokrwienia mięśnia sercowego;
ii. zmian w EKG wskazujących na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
iii. powstania patologicznych załamków Q.

W odniesieniu do Poważnego zawału serca za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stwierdzonej stabilnej lub niestabilnej choroby wieńcowej bez cech dokonanego zawału serca.

36) Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego charakteryzujące się łącznie:
a) dusznością spoczynkową potwierdzoną w dokumentacji medycznej;
b) koniecznością stosowania przewlekłej tlenoterapii domowej przez minimum 8 godzin na dobę przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy.

Kwalifikacja do tlenoterapii domowej powinna być potwierdzona zaświadczeniem od Lekarza specjalisty.

37) Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z występującymi przynajmniej dwoma z trzech podanych kryteriów:
a) utrwaloną żółtaczką;
b) wodobrzuszem;
c) encefalopatią wątrobową.

38) Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczonego 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.

39) Wyłącznie taką **Schistosomatozę**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną przez pasożyty – przywry z rodzaju Schistosoma – wymagającą leczenia szpitalnego, przebiegającą z gorączką, bólami brzucha, hepatosplenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.

40) 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.

41) Wyłącznie taki **Stan otępienny (w tym chorobę Alzheimera) w zaawansowanej postaci**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju. Choroba Alzheimera jest to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych, charakteryzujący 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 u niego stwierdzone zaburzenia pamięci i uszkodzenia innych funkcji poznawczych co najmniej na poziomie 4 etapu według Skali Oceny Nasilenia Otępienia (ang. GDS, Global Deterioration Scale), które charakteryzują się występowaniem następujących objawów:
a) problemy z pamięcią,
b) problemy z liczeniem,
c) problemy z wysławianiem,
d) zmienność nastrojów.

Rozpoznanie Stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimera) w zaawansowanej postaci musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania psychologicznego.
Przypadki otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku:
i. chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS),
ii. nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii)

nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

42) Wyłącznie taki **Stan otępienny (w tym chorobę Alzheimera) we wczesnej postaci**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimera lub trwałego otępienia innego rodzaju. Choroba Alzheimera jest to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych, charakteryzujący 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 u niego stwierdzone zaburzenia pamięci i uszkodzenia innych funkcji poznawczych na poziomie 3 etapu według Skali Oceny Nasilenia Otępienia (ang. GDS, Global Deterioration Scale), które charakteryzują się występowaniem następujących objawów:
a) problemy z pamięcią i komunikacją,
b) nieadekwatne do sytuacji zachowania,
c) braki orientacji w terenie objawiający się podróżowaniem do nieznanych sobie miejsc,
d) problemy z wykonywaniem swoich zadań w pracy,
e) trudności w odnajdywaniu słów i nazwisk,
f) zaburzenia koncentracji diagnozowane w testach klinicznych.

Rozpoznanie Stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimera) we wczesnej postaci musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania psychologicznego.
Przypadki otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku:
i. chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS),
ii. nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii)

nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

43) Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub w rdzeniu kręgowym. Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznacznymi wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (TK) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie Stwardnienia rozsianego w zaawansowanej postaci obejmuje wystąpienie któregokolwiek z poniższych nieodwracalnych ubytków neurologicznych powstałych wskutek stwardnienia rozsianego:
a) niedowładów kończyn;
b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym;
c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.

Utrzymywanie się ubytku neurologicznego wymaga potwierdzenia przez Lekarza specjalistę nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia tego rozpoznania.
W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego w zaawansowanej postaci za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień pierwszego potwierdzenia utrzymywania się któregokolwiek z powyższych ubytków neurologicznych przez Lekarza specjalistę.

44) Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub rdzeniu kręgowym.
Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznacznymi wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (TK) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego.
Do uznania zdarzenia za Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.
W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego we wczesnej postaci za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę.

45) Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności – brak reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne – trwający nieprzerwanie przez co najmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia pod warunkiem stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej, śpiączki wynikającej z użycia 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).
46) Wyłącznie taką **Śpiączkę afrykańską (trypanosomozę afrykańską)**, która oznacza zakaźną chorobę pasożytniczą wywoływaną przez świdrowce *Trypanosoma gambiense* oraz *Trypanosoma rhodesiense*. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są wyłącznie przypadki, w których obecność świdrowców *Trypanosoma gambiense* albo *Trypanosoma rhodesiense* została potwierdzona w badaniu mikroskopowym (rozmaz krwi) lub badaniach serologicznych.
47) Wyłącznie taki **Tężec**, który wymaga zastosowania 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)*.
48) Wyłącznie taki **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)**, który oznacza chorobę autoimmunologiczną przebiegającą z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, stwierdzoną przez Lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili postawienia rozpoznania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecność przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
    a) stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 miesięcy; objawy występujące tylko okresowo w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za stałe zaburzenia neurologiczne;
    b) stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/min.

    Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
49) Wyłącznie taką **Twardzinę**, która oznacza postępującą twardzinę układową, chorobę tkanki łącznej, potwierdzoną jednoznacznie przez biopsję i badania serologiczne, przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem przynajmniej jednego z organów: nerek, płuc lub serca. Diagnoza musi być postawiona przez Lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje: różnych postaci twardziny skórnej (np. liniowej, grudkowej, plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST, zespołów twardzinopodobnych w przebiegu różnych chorób metabolicznych, keloidu.
50) 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 bez utrwalonych następstw neurologicznych musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:
    a) porażenia i niedowłady kończyn;
    b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe;
    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 przez 3 miesiące od dnia rozpoznania.

    W odniesieniu do Udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez Lekarza specjalistę.

    Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:
        i. przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
        ii. uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
        iii. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
        iv. udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
        v. skutków choroby dekompresyjnej;
        vi. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika;
        vii. objawów neurologicznych spowodowanych migreną.
51) Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mowy, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty mowy spowodowanej schorzeniami psychicznymi.

52) 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) potwierdzony wynikiem badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia także, jeśli w opinii Lekarza specjalisty może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczepieniu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
53) Wyłącznie taką **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 i pod warunkiem że utrata wzroku utrzymywała się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
54) Wyłącznie takie **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu**, które oznacza pierwsze wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszą im objawy ogólnoustrojowe i ciężka krwawa biegunka, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
55) Wyłącznie takie **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu**, które oznacza pierwsze wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu z zaburzeniami gospodarki elektrolitowej. Rozpoznanie Wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu musi zostać potwierdzone charakterystycznym obrazem, takim jak zatarcie siatki naczyniowej, obrzęk, zaczerwienienie, kruchość, granulowanie błony śluzowej lub owrzodzenia.
56) 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 kręgowego wywołane przez wirusa z rodziny Rhabdoviridae *(Rabies virus)*.
57) Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w związku:
    a) z kontaktem z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych, lub
    b) ze zranieniem podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia pod warunkiem łącznego spełnienia wszystkich następujących warunków:
        i. do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
        ii. Ubezpieczony zgłosił pracodawcy zdarzenie, które mogło być przyczyną Poważnego zachorowania;
        iii. Ubezpieczony przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
        iv. w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
        v. w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.
58) Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w wyniku transfuzji krwi i które zostało potwierdzone złożonymi dokumentami, pod warunkiem że:
    a) transfuzja krwi została przeprowadzona w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, oraz
    b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.

    Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zakażeń nabytych w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie.
59) Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub móżdżku) powodujące istotne powikłania, utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne).

    Za trwały deficyt neurologiczny uznaje się: utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze, porażenie całkowite (paraliż), upośledzenie umysłowe lub niestabilność emocjonalną. Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną przynajmniej jednej trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
    a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
    b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków;
    c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

    Rozpoznanie Zapalenia mózgu musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę.
60) Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu bez trwałych następstw**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub móżdżku), wymagające leczenia szpitalnego, potwierdzone przez Lekarza specjalistę.
61) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowe otaczające mózg i rdzeń kręgowy, wymagające leczenia szpitalnego, stwierdzone na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, prowadzące do co najmniej jednego z następujących trwałych następstw:
    a) upośledzenia słuchu do głuchoty włącznie,
    b) wodogłowia,
    c) niedowładu lub porażenia spastycznego,
    d) upośledzenia umysłowego,

e) upośledzenia czynności poznawczych,
f) zaburzeń mowy,

utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy i potwierdzonych rozpoznaniem Lekarza specjalisty.

62) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowe otaczające mózg i rdzeń kręgowy, wymagające leczenia szpitalnego, stwierdzone na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.

63) 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) współistnienia co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
      i. objawów podmiotowych niedokrwienia mięśnia sercowego;
      ii. zmian w EKG wskazujących na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
      iii. powstania patologicznych załamków Q.

   W odniesieniu do Zawału serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę.
   Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stwierdzonej stabilnej lub niestabilnej choroby wieńcowej bez cech dokonanego zawału serca.

64) 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 rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez Lekarza specjalistę w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunek), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).

65) Wyłącznie taką **Ziarniniakowatość Wegenera**, która oznacza układową chorobę autoimmunologiczną powodującą martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzującą się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z następujących objawów: schyłkowej niewydolności nerek leczonej dializoterapią, schyłkowej niewydolności oddechowej leczonej przewlekłą tlenoterapią, utraty wzroku, utraty słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

66) 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.

67) Wyłącznie taką **Żółtą gorączkę**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną wirusem z rodziny *Flaviviridae*, która objawia się wysoką gorączką oraz krwawieniem skóry lub błon śluzowych. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
   a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
   b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
   c) wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
   d) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

68) Inną niż wymienione powyżej **Chorobę skutkującą utratą samodzielności**, której następstwem jest utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy utrata samodzielności w wykonywaniu trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
   a) mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpieli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
   b) odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
   c) załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej;
   d) ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków, oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
   e) przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
   f) poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.

   W odniesieniu do Choroby skutkującej utratą samodzielności za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia diagnozy utrzymywania się utraty samodzielności w oparciu o powyższe kryteria i obowiązujące standardy medyczne.

4. Za Poważne operacje objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie wskazane i zdefiniowane poniżej zabiegi chirurgiczne, przeprowadzone w szpitalu w związku z chorobą lub uszkodzeniem ciała Ubezpieczonego, pod warunkiem ich zalecenia i przeprowadzenia przez Lekarzy specjalistów, z zastrzeżeniem wyłączeń lub dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
   1) 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 po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
   2) Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej**, która oznacza wykonaną przez Lekarza specjalistę operację mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów), wykonaną z otwarciem klatki piersiowej.
      Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych.

3) Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza wykonaną przez Lekarza specjalistę operację mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów), wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. z pominięciem sternotomii. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych.
4) Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przebycie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzusznym lub piersiowym.
   Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
   a) operacji aorty uszkodzonej w wyniku urazu;
   b) operacji w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
   c) zabiegów wewnątrznaczyniowych.
5) Wyłącznie taką **Operację zastawek serca na otwartym sercu**, która oznacza przebycie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
6) Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.

§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, w przypadku jeżeli Poważne zachorowanie, o którym mowa w pkt 1–45 poniżej, zostało rozpoznane u Ubezpieczonego w okresie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej:
   1) Bąblowica o ciężkim przebiegu,
   2) Borelioza o ciężkim przebiegu,
   3) Choroba Creutzfeldta-Jakoba,
   4) Choroba Crohna o ciężkiej postaci,
   5) Choroba Crohna o łagodnej postaci,
   6) Choroba Huntingtona (pląsawica Huntingtona),
   7) Choroba neuronu ruchowego,
   8) Choroba Parkinsona w zaawansowanej postaci,
   9) Choroba Parkinsona we wczesnej postaci,
   10) Choroba skutkująca utratą samodzielności,
   11) Dystrofia mięśniowa,
   12) Filarioza,
   13) Gruźlica,
   14) Kardiomiopatia przerostowa,
   15) Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu,
   16) Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego,
   17) Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia,
   18) Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego,
   19) Niedokrwistość aplastyczna,
   20) Niewydolność nerek,
   21) Nowotwór złośliwy,
   22) Nowotwór o granicznej złośliwości,
   23) Pierwotne nadciśnienie płucne,
   24) Przewlekła niewydolność oddechowa,
   25) Przewlekła niewydolność wątroby,
   26) Ropień mózgu,
   27) Schistosomatoza,
   28) Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) w zaawansowanej postaci,
   29) Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) we wczesnej postaci,
   30) Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci,
   31) Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci,
   32) Toczeń rumieniowaty układowy (SLE),
   33) Twardzina,
   34) Utrata mowy,
   35) Utrata słuchu (głuchota),
   36) Utrata wzroku (ślepota),
   37) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu,
   38) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu,
   39) Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego,
   40) Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi,
   41) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami,
   42) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw,
   43) Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami,
   44) Zapalenie mózgu bez trwałych następstw,
   45) Ziarniniakowatość Wegenera.
2. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, w przypadku jeżeli Poważna operacja, o której mowa w pkt 1–4 poniżej, została przeprowadzona u Ubezpieczonego w okresie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej:
   1) Małoinwazyjna operacja zastawek serca,
   2) Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej,
   3) Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej,
   4) Operacja zastawek serca na otwartym sercu.
3. Ograniczenia odpowiedzialności, wskazane w ust. 1 i ust. 2 nie znajdują zastosowania, jeżeli do Poważnego zachorowania lub do Poważnej operacji doszło na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Unum jest wolne od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego było spowodowane lub zaszło w następstwie:
   1) 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;

2) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
3) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu.

5. Unum 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 za skutki tych okoliczności.
6. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Unum 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 wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Unum może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przy czym zakres badań zostanie określony przez Unum w skierowaniu. Badania przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Unum i na koszt Unum.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytało Unum przed zawarciem Umowy dodatkowej. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mają zastosowanie postanowienia § 4 ust. 5 i 6.
5. Unum ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego. W takim przypadku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
6. Unum może zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD.
7. Jeśli Unum zaproponuje zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością 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 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 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 (§ 8 ust. 1).

§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej

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

§ 7. Okres ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem że jeżeli Umowa dodatkowa nie jest zawierana razem z Umową podstawową lub w kolejnych rocznicach odpowiadających dacie zawarcia Umowy podstawowej – pierwszy okres ubezpieczenia może być krótszy niż 5 lat, a czas jego trwania zostanie określony w Polisie lub w aneksie do Polisy.
2. Umowa dodatkowa może być przedłużana na kolejne okresy 5-letnie na warunkach określonych w § 14 niniejszych OWUD.

§ 8. Okres odpowiedzialności Unum

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie lub w aneksie do Polisy albo od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej (jeżeli przypada on później), ale w żadnym wypadku nie wcześniej niż od dnia zapłacenia w pełnej wysokości pierwszej Składki całkowitej zawierającej Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Koniec odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej następuje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, zgodnie z § 15 niniejszych OWUD.

§ 9. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana przez strony Umowy ubezpieczenia i określona kwotowo w Polisie lub w aneksie do Polisy.
2. Unum 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. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje obniżeniem wysokości Składki.
2. Unum może nie zaakceptować wniosku o obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia, jeżeli powodowałoby to zmniejszenie Sumy ubezpieczenia poniżej wartości minimalnej obowiązującej w Unum w dniu złożenia wniosku o obniżenie.
3. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia staje się skuteczne po wyrażeniu zgody przez Unum na taką zmianę. Wówczas, w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku o obniżenie Sumy ubezpieczenia, Unum prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy uwzględniający zmienioną wysokość Składki, Składki całkowitej oraz Sumy ubezpieczenia, informując jednocześnie Ubezpieczonego o wprowadzonych zmianach i ich wpływie na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

1. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest obliczana na podstawie wysokości Sumy ubezpieczenia oraz taryfy Unum w zależności od oceny ryzyka ubezpieczeniowego dokonanej przez Unum w oparciu o Wiek Ubezpieczonego w dniu akceptacji wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jego stan zdrowia, tryb życia, hobby, uprawiane sporty i wykonywany zawód. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej zależy również od częstotliwości jej opłacania.
2. Wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania Składki są określone w Polisie lub w aneksie do Polisy.
3. Składka z tytułu Umowy dodatkowej jest stała w okresie 5-letnim, z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 1, § 10, § 12 i § 13. W przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres wysokość Składki obliczana jest ponownie zgodnie z postanowieniami § 14 niniejszych OWUD.

§ 12. Częstotliwość opłacania Składki

1. Składka z tytułu Umowy dodatkowej 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 z tytułu Umowy dodatkowej następują na zasadach przewidzianych dla indeksacji składki z tytułu Umowy podstawowej, zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 niniejszego paragrafu.
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. Kwota ta zostanie obliczona na podstawie taryfy składek Unum, Wieku Ubezpieczonego w dniu dokonywania indeksacji oraz kwoty podwyższenia Składki i pozostałego okresu opłacania Składki.
3. Prawo do indeksacji Składki wygasa z dniem wygaśnięcia prawa do indeksacji składki z tytułu Umowy podstawowej.

§ 14. Przedłużenie Umowy dodatkowej

1. Ubezpieczający ma prawo do przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy 5-letnie, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 niniejszego paragrafu, bez oceny przez Unum 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. Okres, na jaki przedłużana jest Umowa dodatkowa, będzie krótszy niż 5 lat, w przypadku gdy:
   1) do końca Umowy podstawowej pozostało mniej niż 5 lat, lub
   2) do osiągnięcia przez Ubezpieczonego 70. roku życia pozostało mniej niż 5 lat.

   W takim przypadku Umowa dodatkowa zostanie przedłużona do końca Umowy podstawowej, lecz nie na dłużej niż do Rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
4. Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Unum aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wieku Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.
5. Unum 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.
6. Ubezpieczający ma prawo zrezygnować z możliwości przedłużenia Umowy dodatkowej. W takim przypadku Ubezpieczający poinformuje Unum o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
7. Nieprzekazanie przez Ubezpieczającego informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej w terminie określonym w ust. 6 niniejszego paragrafu uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na kolejny okres na warunkach zaproponowanych przez Unum.
8. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Unum prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy potwierdzający przedłużenie Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki, informując jednocześnie Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy dodatkowej oraz o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu tej umowy.
9. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu.
10. Jeżeli Ubezpieczający nie przekazał informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej (ust. 6 niniejszego paragrafu) i została ona przedłużona, przysługuje mu prawo do odstąpienia od przedłużonej Umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania aneksu, o którym mowa w ust. 8 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

1. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
   1) z dniem wypłaty Świadczenia, którego wysokość łącznie z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 18 ust. 3;
   2) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia (o ile Umowa dodatkowa nie zostanie przedłużona zgodnie z § 14 niniejszych OWUD);
   3) w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia, przy czym Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70. roku życia;
   4) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej;
   5) z dniem przekształcenia ubezpieczenia z Umowy podstawowej w Ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej nie stanowią inaczej;
   6) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej zawarciu zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu;
   7) w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej przedłużeniu, zgodnie § 14 ust. 10;
   8) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez doręczenie do Unum pisemnego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli Unum 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 zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. 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 tegoż oświadczenia na piśmie.
4. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej z przyczyny innej niż wymieniona w ust. 1 pkt 1 niniejszego paragrafu Unum zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 4. Świadczenia

§ 16. Wysokość Świadczenia

1. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania oraz Poważnej operacji Ubezpieczonego jest równa Sumie ubezpieczenia pomnożonej przez odpowiadający danemu Poważnemu zachorowaniu lub danej Poważnej operacji procent Sumy ubezpieczenia wskazany w Tabeli Poważnych zachorowań i Poważnych operacji, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.
2. Łączna kwota Świadczeń, jaka może być wypłacona w ramach każdej z grup Zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w pkt 1–14 poniżej:
   1) Choroba Crohna o ciężkiej postaci oraz Choroba Crohna o łagodnej postaci;
   2) Choroba Parkinsona w zaawansowanej postaci oraz Choroba Parkinsona we wczesnej postaci;
   3) Choroba skutkująca utratą samodzielności oraz którekolwiek Poważne zachorowanie: Choroba Creutzfeldta-Jacoba, Choroba Parkinsona w zaawansowanej postaci, Choroba Parkinsona we wczesnej postaci, Choroba neuronu ruchowego, Dystrofia mięśniowa, Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych, Poważny udar mózgu, Poważny uraz głowy, Ropień mózgu, Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) w zaawansowanej postaci, Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) we wczesnej postaci, Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami, Zapalenie mózgu bez trwałych następstw, Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami, Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw;
   4) Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu oraz Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego;
   5) Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia oraz Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego;
   6) Nowotwór złośliwy oraz Nowotwór o granicznej złośliwości;
   7) Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej;
   8) Operacja zastawek serca na otwartym sercu oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
   9) Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci oraz Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci;
   10) Poważny udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
   11) Poważny zawał serca oraz Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo;
   12) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu oraz Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu;
   13) Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami oraz Zapalenie mózgu bez trwałych następstw;
   14) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami oraz Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw

   ograniczona jest do 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 17. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do ustalenia odpowiedzialności Unum wymagane są następujące dokumenty:
   1) wniosek o wypłatę Świadczenia;
   2) kopia dokumentu tożsamości osoby uprawnionej, chyba że tożsamość została potwierdzona w inny uznany przez Unum sposób;
   3) dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w szczególności:
      a) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
      b) dokumentacja medyczna potwierdzająca proces diagnostyczno-leczniczy choroby, wstępne podejrzenie choroby i rozpoznanie choroby;

c) opinia lekarza prowadzącego;
d) wyniki badań potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania lub dokumenty potwierdzające przebycie Poważnej operacji;
e) karta wypisu ze szpitala;
f) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem;
g) inne dokumenty wymagane zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 3 i ust. 4.

2. Unum może wymagać od osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum. Rozpatrując wniosek o wypłatę Świadczenia, Unum poinformuje osobę uprawnioną o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności.
3. W celu ustalenia prawa do Świadczenia Unum 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 pokryje Unum.
4. Niedostarczenie dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Unum może skutkować odmową przyznania Świadczenia.
5. 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.
6. Wszelkie dokumenty konieczne do ustalenia odpowiedzialności Unum muszą być dostarczone w oryginałach, urzędowych odpisach lub kopiach poświadczonych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub poświadczonych przez Unum na podstawie oryginału.

§ 18. Wypłata Świadczenia

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zawiadomienie o tym zdarzeniu powinno być złożone do Unum nie wcześniej niż po 14 dniach od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem że termin ten nie ma zastosowania w przypadku następujących Poważnych zachorowań: Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego, Nowotworu złośliwego, Nowotworu o granicznej złośliwości.
3. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, którego wysokość wraz z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego osiągnie łącznie kwotę 100% Sumy ubezpieczenia (co stanowi podstawę do rozwiązania Umowy dodatkowej zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 1), Unum zaproponuje kontynuację ubezpieczenia poprzez zawarcie nowej umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD. W takim przypadku Unum zaproponuje warunki, na jakich może zostać zawarta nowa umowa dodatkowa, w tym wykaz Poważnych zachorowań i Poważnych operacji objętych zakresem ubezpieczenia (z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostaną wyłączone Poważne zachorowanie lub Poważna operacja, z których tytułu Ubezpieczony otrzymał już Świadczenie, oraz Poważne zachorowania i Poważne operacje pozostające w medycznym związku przyczynowo-skutkowym z tym Poważnym zachorowaniem lub z tą Poważną operacją).

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 uchwały

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania wraz z Tabelą Poważnych zachorowań i Poważnych operacji zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 5/02/2024 z dnia 20 lutego 2024 r. i wchodzą w życie z dniem 4 marca 2024 r.

Aneta Podyma
Prezes Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

Borys Kowalski
Członek Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania zatwierdzona wraz z wymienionymi OWUD uchwałą Zarządu Unum nr 5/02/2024 z dnia 20 lutego 2024 r. i wchodzi w życie z dniem 4 marca 2024 r.

Niniejsza Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji zawiera listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji objętych w zakresie Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania.

Zakres ubezpieczenia został określony w rozdz. 2 wymienionych OWUD.

Lp.	Poważne zachorowanie	Procent Sumy ubezpieczenia
	Choroby układu krążenia	
1.	Kardiomiopatia przerostowa	100%
2.	Pierwotne nadciśnienie płucne	50%
3.	Poważny udar mózgu	100%
4.	Poważny zawał serca	100%
5.	Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	25%
6.	Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo	25%
	Choroby nowotworowe	
7.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu	100%
8.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego	25%
9.	Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia	100%
10.	Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego	25%
11.	Nowotwór złośliwy	100%
12.	Nowotwór o granicznej złośliwości	25%
	Choroby układu nerwowego	
13.	Choroba Huntingtona (pląsawica Huntingtona)	100%
14.	Choroba neuronu ruchowego	100%
15.	Choroba Parkinsona w zaawansowanej postaci	100%
16.	Choroba Parkinsona we wczesnej postaci	25%
17.	Dystrofia mięśniowa	100%
18.	Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) w zaawansowanej postaci	100%
19.	Stan otępienny (w tym choroba Alzheimera) we wczesnej postaci	25%
20.	Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci	100%
21.	Stwardnienia rozsiane we wczesnej postaci	25%
22.	Śpiączka	50%
23.	Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami	100%
24.	Zapalenie mózgu bez trwałych następstw	25%
25.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami	100%
26.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw	15%
	Choroby narządów wewnętrznych	
27.	Choroba Crohna o ciężkiej postaci	100%
28.	Choroba Crohna o łagodnej postaci	15%
29.	Niedokrwistość aplastyczna	100%
30.	Niewydolność nerek	100%
31.	Przewlekła niewydolność oddechowa	100%
32.	Przewlekła niewydolność wątroby	100%
33.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	100%
34.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu	15%
35.	Zespół krótkiego jelita	100%
	Choroby zakaźne i pasożytnicze	
36.	Bąblowica o ciężkim przebiegu	100%
37.	Borelioza o ciężkim przebiegu	50%
38.	Gruźlica	50%
39.	Infekcyjne zapalenie wsierdzia	25%

40.	Piorunujące zapalenie wątroby	100%
41.	Sepsa	50%
42.	Tężec	50%
43.	Wścieklizna	100%
44.	Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego	50%
45.	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	50%
46.	Zgorzel gazowa	100%
	Choroby skóry	
47.	Poważne oparzenie	100%
	Choroby reumatologiczne	
48.	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	100%
49.	Twardzina	100%
50.	Ziarniniakowatość Wegenera	100%
	Choroby tropikalne	
51.	Cholera	25%
52.	Choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	50%
53.	Dur brzuszny	25%
54.	Filarioza	25%
55.	Gorączka krwotoczna Ebola	50%
56.	Gorączka krwotoczna Lassa	50%
57.	Gorączka krwotoczna Marburg	50%
58.	Malaria	50%
59.	Schistosomatoza	25%
60.	Śpiączka afrykańska (trypanosomoza afrykańska)	50%
61.	Żółta gorączka	25%
	Inne poważne zachorowania	
62.	Choroba Creutzfeldta-Jacoba	100%
63.	Choroba skutkująca utratą samodzielności	100%
64.	Poważny uraz głowy	100%
65.	Ropień mózgu	50%
66.	Utrata mowy	100%
67.	Utrata słuchu (głuchota)	100%
68.	Utrata wzroku (ślepota)	100%

Lp.	Poważna operacja	Procent Sumy ubezpieczenia
1.	Małoinwazyjna operacja zastawek serca	25%
2.	Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej	100%
3.	Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej	25%
4.	Operacja zastawek serca na otwartym sercu	100%
5.	Operacja wszczepienia protezy aortalnej	100%
6.	Transplantacja głównych narządów	100%

www.unum.pl

Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie przy ul. Łuckiej 9, 00-842 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.