

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Dodatkowego**
na wypadek zachorowania dziecka

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2 ust. 1 pkt 1–6, 8, 9, 11–13, 20, 21, 23–25, 30 i 32; § 5; § 7; § 8; § 13 ust. 1–9; § 16; § 17; § 18; § 19; § 20; § 21; § 22 ust. 1, 2, 7, 12–17.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 2–3 w związku z § 2 ust. 1 pkt 1–6, 8, 9, 11–13, 20, 21, 23–25, 30 i 32; § 4; § 5 ust. 4; § 16 ust. 2; § 17 ust. 2–3; § 18 ust. 2–4; § 19 ust. 2–4; § 21 ust. 6; § 22 ust. 3–6, 8–11.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka

Skorowidz	2
Rozdział 1. Postanowienia ogólne	4
§ 1. Postanowienia wprowadzające	4
§ 2. Definicje	4
Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka	5
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka	5
§ 4. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	11
Rozdział 3. Umowa dodatkowa	12
§ 5. Zawarcie Umowy dodatkowej	12
§ 6. Wiek przystąpienia do Umowy dodatkowej	12
§ 7. Okres ubezpieczenia	12
§ 8. Okres odpowiedzialności Unum	12
§ 9. Suma ubezpieczenia	12
§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia	13
§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej	13
§ 12. Częstotliwość opłacania Składki	13
§ 13. Przedłużenie Umowy dodatkowej	13
§ 14. Zamiana Umowy dodatkowej	13
§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej	14
Rozdział 4. Świadczenia	14
§ 16. Wysokość Świadczenia w przypadku Poważnego zachorowania	14
§ 17. Wysokość Świadczenia w przypadku Pobytu w Szpitalu	14
§ 18. Wysokość Świadczenia w przypadku Operacji	15
§ 19. Wysokość Świadczenia w przypadku Urazu	15
§ 20. Wysokość Świadczenia w przypadku śmierci	15
§ 21. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności	15
§ 22. Wypłata Świadczenia	16
Rozdział 5. Postanowienia końcowe	17
§ 23. Pozostałe postanowienia	17
§ 24. Data uchwały	17
Tabela Poważnych zachorowań	18
Tabela Urazów	20
Tabela Operacji	25

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

§ 1. Postanowienia wprowadzające

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego, zwane dalej „OWUD”, stosuje się do umów Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka 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) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego** oznacza:
 - a) w odniesieniu do śmierci Ubezpieczonego – dzień śmierci,
 - b) w odniesieniu do Operacji – dzień jej przeprowadzenia,
 - c) 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),
 - d) w odniesieniu do Pobytu w Szpitalu – pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu,
 - e) w odniesieniu do Urazu – datę wystąpienia Urazu będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) **Dodatek wypadkowy** – dodatkowy element Świadczenia wypłacany w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem na warunkach i zasadach określonych § 17 ust. 2 niniejszych OWUD;
 - 4) **Dodatek za OIOM** – dodatkowy element Świadczenia wypłacany w przypadku Pobytu w Szpitalu na OIOM na warunkach i zasadach określonych § 17 ust. 3 niniejszych OWUD;
 - 5) **Dzień Pobytu w Szpitalu** – każda pełna doba (tj. od godz. 00.00 do godz. 23.59) Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że za pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca tego dnia (tj. do godz. 23.59);
 - 6) **Inna operacja przeprowadzona w Szpitalu** – inny zabieg chirurgiczny, niewyszczególniony w Tabeli Operacji, przeprowadzony przez Lekarza specjalistę o specjalności zabiegowej w związku z Chorobą Ubezpieczonego lub uszkodzeniami ciała powstałymi u Ubezpieczonego w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem, wymagający nacięcia oraz zszycia, który został przeprowadzony w Szpitalu. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte zabiegi chirurgiczne, które zostały przeprowadzone w celach diagnostycznych lub w warunkach ambulatoryjnych, lub na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) w trybie ambulatoryjnym, lub zabiegi stomatologiczne wykonane poza Szpitalem;
 - 7) **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;
 - 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, 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);
 - 9) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (a także oddział intensywnej opieki kardiologicznej – OIOK lub oddział intensywnej terapii – OIT), wydzielony w Szpitalu, prowadzony przez Lekarzy specjalistów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
 - 10) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawierana jest Umowa dodatkowa. Okres ten podany jest w Polisie lub w aneksie do Polisy;
 - 11) **Operacja** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony przez Lekarza specjalistę o specjalności zabiegowej w związku z Chorobą Ubezpieczonego lub uszkodzeniem ciała powstałym u Ubezpieczonego w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem. W zakresie ubezpieczenia znajdują się wyłącznie Operacje wymienione w Tabeli Operacji;
 - 12) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych OWUD pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia;
 - 13) **Poważne zachorowanie** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych § 3 ust. 3 niniejszych OWUD;
 - 14) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
 - 15) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia, będąca sumą składki z Umowy podstawowej i składki z Umów dodatkowych, której wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania podane są w Polisie lub w aneksie do Polisy;
 - 16) **Suma ubezpieczenia za Operację** – kwota określona w Polisie lub w aneksie do Polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku Operacji;
 - 17) **Suma ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu** – kwota określona w Polisie lub w aneksie do Polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku Pobytu w Szpitalu;
 - 18) **Suma ubezpieczenia za Poważne zachorowanie** – kwota określona w Polisie lub w aneksie do Polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Składki oraz wysokości Świadczenia w przypadku Poważnego zachorowania;
 - 19) **Suma ubezpieczenia za Uraz** – kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku Urazu, równa Sumie ubezpieczenia za Poważne zachorowanie;
 - 20) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego Lekarza specjalisty oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa pełną dokumentację medyczną

każdego pacjenta. W rozumieniu niniejszych OWUD Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, ośrodek rehabilitacyjny, ośrodek sanatoryjny, ośrodek uzdrowiskowy, ośrodek prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy;

- 21) **Szpital rehabilitacyjny** – Szpital, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego Lekarza specjalistę. W rozumieniu niniejszych OWUD pojęcie Szpital rehabilitacyjny obejmuje również oddział rehabilitacyjny Szpitala oraz szpital uzdrowiskowy (sanatoryjny);
 - 22) **Świadczenie** – kwota wypłacana Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 23) **Tabela Operacji** – tabela zawierająca listę Operacji objętych zakresem ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela Operacji stanowi integralną część niniejszych OWUD;
 - 24) **Tabela Poważnych zachorowań** – tabela zawierająca listę Poważnych zachorowań objętych zakresem ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela Poważnych zachorowań stanowi integralną część niniejszych OWUD;
 - 25) **Tabela Urazów** – tabela zawierająca listę Urazów objętych zakresem ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela Urazów stanowi integralną część niniejszych OWUD;
 - 26) **Ubezpieczony** – dziecko wskazane imiennie przez Ubezpieczającego w Polisie lub aneksie do Polisy jako ubezpieczony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, którego życie i zdrowie są przedmiotem Umowy dodatkowej;
 - 27) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpiezonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie potwierdzone jest Polisą lub aneksem do Polisy;
 - 28) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Unum, wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
 - 29) **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
 - 30) **Uraz** – uszkodzenie ciała lub utrata części ciała oznaczająca fizyczną utratę części ciała lub całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w tej części ciała, trwałe upośledzenie funkcji narządu, a także utrata zębów lub złamanie kości, które nastąpiły w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Za złamania kości nie uznaje się złamań zębów. Złamania stanowią Uraz, pod warunkiem że zostaną potwierdzone w wynikach badań obrazowych. W zakresie ubezpieczenia znajdują się wyłącznie Urazy określone w Tabeli Urazów;
 - 31) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego albo liczba ukończonych, pełnych miesięcy w przypadku Ubezpieczonego będącego poniżej pierwszego roku życia;
 - 32) **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 zachorowania dziecka

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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje poniższe Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zostaną rozpoznane lub wystąpią w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego znajdujące się w Tabeli Poważnych zachorowań, zdefiniowane w ust. 3 pkt 1–59 niniejszego paragrafu;
 - 2) Operację, której poddany został Ubezpieczony, wymienioną w Tabeli Operacji, spowodowaną chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 3) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego trwający co najmniej 1 Dzień Pobytu w Szpitalu, spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 4) Uraz Ubezpieczonego wymieniony w Tabeli Urazów, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem że Uraz wystąpił nie później niż w ciągu jednego roku od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) Śmierć Ubezpieczonego.

Jeśli przyczyną zdarzenia jest Nieszczęśliwy wypadek, za Zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1–4 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 wywołaną 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 **Cholere**, 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 wywołaną 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 Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
- 6) Wyłącznie taką **Chorobę Heinego-Medina (poliomyelitis)**, która oznacza ostre zakażenie wirusem polio. Przypadek *poliomyelitis* spełnia warunki zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, gdy Choroba Heinego-Medina spowoduje trwałe porażenie co najmniej dwóch kończyn, potwierdzone rozpoznaniem Lekarza specjalisty, oraz pogorszenie sprawności ruchowej lub oddechowej utrzymujące się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie musi obejmować potwierdzoną obecność wirusa w płynie mózgowo-rdzeniowym i surowicy.
- 7) Wyłącznie taką **Chorobę kardiologiczną**, która oznacza chorobę o charakterze nabytym prowadzącą do trwałego pogorszenia czynnościowego lub trwałych zmian morfologicznych w obrębie tkanek i struktur serca (zastawki, wsierdzie, mięsień sercowy lub osierdzie). Choroba kardiologiczna spełnia warunki zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, gdy jest leczona przez okres co najmniej 6 miesięcy, została sklasyfikowana jako przewlekła niewydolność mięśnia sercowego w stopniu II lub wyższym według klasyfikacji NYHA, nieulegająca poprawie pomimo stosowania leczenia.
- 8) Wyłącznie taką **Chorobę Kawasaki o ciężkiej postaci**, która oznacza chorobę zapalną naczyń krwionośnych, obejmującą małe i średnie naczynia tętnicze, w tym również tętnice wieńcowe. Rozpoznanie Choroby Kawasaki o ciężkiej postaci musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej w trakcie hospitalizacji przez Lekarza specjalistę. Dodatkowo, w następstwie tej choroby musi dojść do wystąpienia co najmniej jednego z następujących powikłań: tętniaka naczyń wieńcowych, zapalenia osierdzia, zapalenia mięśnia sercowego, zawału mięśnia sercowego.
Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki innych niż Choroba Kawasaki chorób zapalnych naczyń krwionośnych.
- 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 **Cukrzycę**, która oznacza nabytą, przewlekłą hiperglikemię w wyniku bezwzględnego niedoboru insuliny wymagającą regularnej insulinoterapii. Cukrzyca musi zostać potwierdzona jednoznacznym rozpoznaniem Lekarza specjalisty.
- 11) Wyłącznie taki **Dur brzuszny**, który oznacza ostrą układową chorobę zakaźną wywołaną przez pałeczkę duru brzuszego (*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*.
- 12) Wyłącznie taką **Dystrofię mięśniową**, która oznacza postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni stwierdzony przez Lekarza specjalistę i potwierdzony biopsją tkanki mięśniowej.
- 13) Wyłącznie taką **Filariozę**, która oznacza zakaźną chorobę pasożytniczą wywołaną 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.
- 14) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Ebola**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez wirusa Ebola. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Ebola została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
- 15) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Lassa**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez wirusa Lassa. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Lassa została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
- 16) Wyłącznie taką **Gorączkę krwotoczną Marburg**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez wirusa Marburg. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których obecność wirusa Marburg została potwierdzona metodami laboratoryjnymi.
- 17) 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 przeciwpłatkowe.

- 18) 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 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. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.
- W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez Lekarza specjalistę.
- 19) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego w obrębie rdzenia – w tym rdzenia przedłużonego – zlokalizowanego wewnątrztrwardówkowo, 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, krwaków.
- 20) Wyłącznie takie **Łuszczycowe zapalenie stawów o ciężkiej postaci**, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną stawów występującą u osób chorujących na łuszczycę. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o aktualnie obowiązujące kryteria diagnostyczne oraz zostać jednoznacznie odnotowane w dokumentacji medycznej. Odpowiedzialnością objęte są przypadki postaci wielostawowej lub postaci osiowej łuszczycowego zapalenia stawów.
- 21) Wyłącznie takie **Łuszczycowe zapalenie stawów o łagodnej postaci**, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną stawów występującą u osób chorujących na łuszczycę. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o aktualnie obowiązujące kryteria diagnostyczne oraz zostać jednoznacznie odnotowane w dokumentacji medycznej. Odpowiedzialnością objęte są przypadki łuszczycowego zapalenia stawów, które nie odpowiadają postaci wielostawowej lub postaci osiowej.
- 22) 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.
- 23) 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.
- 24) 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.
- 25) 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 brodawkowego 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.
- 26) 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 brodawkowego 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.

- 27) Wyłącznie taką **Padaczkę**, która charakteryzuje się napadowymi zaburzeniami czynności mózgu przebiegającymi pod postacią utraty świadomości, potwierdzonymi nieprawidłowym zapisem EEG, oraz jeżeli w ciągu 30 kolejnych dni wystąpił więcej niż jeden uogólniony napad drgawkowy wszystkich mięśni szkieletowych poprzecznie prążkowanych o charakterze toniczno-klonicznym z jednoczesną utratą świadomości. Ubezpieczony przez cały ten okres musi być leczony farmakologicznie, napady zaś muszą być potwierdzone stosowną dokumentacją medyczną. Unum jest zobowiązane do wypłaty Świadczenia za Padaczkę wyłącznie jeden raz.
- 28) Wyłącznie taki **Paraliż (porażenie)**, który oznacza całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji (0 lub 1 stopień w skali Lovetta) w dwóch lub więcej kończynach, spowodowaną urazem lub chorobą. Paraliż musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakiegokolwiek przypadku paraliżu przejściowego (w tym będącego następstwem infekcji wirusowych), paraliżu spowodowanego zaburzeniami psychicznymi lub będącego skutkiem samookaleczenia lub próby samobójczej.
- 29) 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 mięszu wątroby;
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wątrobowej.
- 30) 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.
- 31) 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.
- 32) 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.
- 33) 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.
- 34) Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczzonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkiem cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
- 35) 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.
- 36) 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.
- 37) 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 jednoznaczными wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (TK) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie Stwardnienia rozsianego w zaawansowanej postaci obejmuje wystąpienie któregośkolwiek 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 któregośkolwiek z powyższych ubytków neurologicznych przez Lekarza specjalistę.

- 38) 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.

- 39) 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).

- 40) Wyłącznie taką **Śpiączkę afrykańską (trypanosomozę afrykańską)**, która oznacza zakaźną chorobę pasożytniczą wywołaną przez świrdrowce *Trypanosoma gambiense* oraz *Trypanosoma rhodesiense*. Rozpoznanie musi być postawione przez Lekarza specjalistę. Odpowiedzialnością objęte są wyłącznie przypadki, w których obecność świrdrowców *Trypanosoma gambiense* albo *Trypanosoma rhodesiense* została potwierdzona w badaniu mikroskopowym (rozmaz krwi) lub badaniach serologicznych.

- 41) 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 łaseczki tężca (*Clostridium tetani*).

- 42) Wyłącznie taki **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)**, który oznacza chorobę autoimmunologiczną przebiegającą z typowymi zmianami skórными, 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 toczень rumieniowaty krążkowy nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

- 43) Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.

Za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku Transplantacji uważa się dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu.

- 44) Wyłącznie taką **Utratę kończyny**, która oznacza utratę części ciała rozumianą jako: całkowitą utratę dłoni, całkowitą utratę stopy lub utratę wszystkich palców dłoni lub stopy wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Za utratę części ciała uważa się również całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w tej części ciała. W przypadku nabycia prawa do Świadczenia z powodu całkowitej i nieodwracalnej utraty władzy w danej części ciała Ubezpieczonemu nie przysługuje Świadczenie z tytułu późniejszej utraty tej części ciała (niezależnie od tego, czy utrata tej części ciała była konsekwencją tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, które spowodowały całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w tej części ciała, czy też nastąpiła ona wskutek innego Nieszczęśliwego wypadku lub innej choroby).

- 45) Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mowy, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i potwierdzoną odpowiednim badaniem specjalistycznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się przypadki spowodowane zaburzeniami psychicznymi oraz utratę zdolności mowy, która może być skorygowana, również częściowo, przy zastosowaniu procedur terapeutycznych.

- 46) Wyłącznie taką **Utratę słuchu w jednym uchu**, która oznacza jednostronną całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Utrata słuchu musi być potwierdzona badaniem audiometrycznym oraz badaniem progu percepcji słyszenia.

- 47) Wyłącznie taką **Utratę wzroku w jednym oku**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub ostrej choroby rozpoznanej przez Lekarza specjalistę.

- 48) 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.

- 49) 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.

- 50) 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*).
- 51) Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w wyniku transfuzji krwi i 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 jakiegokolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie.
- 52) Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) 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 kończyn górnych albo dolnych lub upośledzenie umysłowe. 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.
- 53) Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu bez trwałych następstw**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) wymagające leczenia szpitalnego, potwierdzone przez Lekarza specjalistę.
- 54) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowe, wymagającą leczenia szpitalnego, w której następstwie dochodzi do ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy i potwierdzonych rozpoznaniem Lekarza specjalisty. Za ubytki neurologiczne uznaje się:
- a) upośledzenie słuchu do głuchoty wyłącznie,
 - b) wodogłowie,
 - c) niedowład lub porażenie spastyczne,
 - d) upośledzenie umysłowe,
 - e) upośledzenie czynności poznawczych,
 - f) zaburzenia mowy.
- 55) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowe, wymagającą leczenia szpitalnego i potwierdzoną rozpoznaniem Lekarza specjalisty.
- 56) Wyłącznie takie **Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o ciężkiej postaci**, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną tkanki łącznej obejmującą stawy krzyżowo-biodrowe oraz stawy kręgosłupa. Rozpoznanie powinno być postawione przez Lekarza specjalistę zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi i jednoznacznie odnotowane w dokumentacji medycznej. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których dochodzi do ograniczenia ruchomości stawów kręgosłupa i/lub stawów krzyżowo-biodrowych o przynajmniej 40% względem wartości prawidłowych.
- 57) Wyłącznie takie **Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o łagodnej postaci**, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną tkanki łącznej obejmującą stawy krzyżowo-biodrowe oraz stawy kręgosłupa. Rozpoznanie powinno być postawione przez Lekarza specjalistę zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi i jednoznacznie odnotowane w dokumentacji medycznej. Odpowiedzialnością objęte są przypadki, w których dochodzi do ograniczenia ruchomości stawów kręgosłupa i/lub stawów krzyżowo-biodrowych o nie mniej niż 20% oraz nie więcej niż 40% względem wartości prawidłowych.
- 58) 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.
- 59) Inną niż wymienione powyżej **Chorobę skutkującą utratą samodzielności**:
- a) u Ubezpieczonego do ukończenia 3. roku życia rozumianą jako: stan zdrowotny prowadzący w przyszłości do nieuchronnego braku możliwości uzyskania przez dziecko samodzielności. Za taki stan zdrowotny uznaje się wystąpienie przynajmniej jednej z poniższych okoliczności:
 - i. nieodwracalny paraliż (porażenie) dotyczące przynajmniej dwóch kończyn;
 - ii. utrata obydwu dłoni lub obydwu stóp, lub łącznie jednej dłoni i jednej stopy, przy czym za utratę dłoni lub stopy uważa się również całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w tej części ciała;
 - iii. całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach;
 - iv. całkowita i nieodwracalna utrata słuchu z jednoczesną całkowitą i nieodwracalną utratą funkcji aparatu mowy;
 - b) u Ubezpieczonego po ukończeniu 3. roku życia do ukończenia 6. roku życia jest rozumiana jako stwierdzona przez Lekarza specjalistę utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące niezdolność do samodzielnego wykonywania dwóch lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
 - i. odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
 - ii. załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej;
 - iii. przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczania się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;

- iv. poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - c) u Ubezpieczonego po ukończeniu 6. roku życia jest rozumiana jako 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 kąpeli (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 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. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli w okresie 90 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej:
 - 1) został zdiagnozowany stan chorobowy będący podstawą zalecenia Operacji Ubezpieczonego lub Ubezpieczony został skierowany na Operację;
 - 2) została zdiagnozowana Choroba będąca przyczyną późniejszego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, nawet jeżeli sam Pobyt w Szpitalu spowodowany tą Chorobą nastąpił po tym okresie.
2. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie, o którym mowa w pkt 1–28 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) Choroba Crohna, 3) Choroba skutkująca utratą samodzielności, 4) Choroba neuronu ruchowego, 5) Cukrzyca, 6) Filarioza, 7) Gruźlica, 8) Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu, 9) Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia, 10) Łuszczycowe zapalenie stawów o ciężkiej postaci, 11) Łuszczycowe zapalenie stawów o łagodnej postaci, 12) Niedokrwistość aplastyczna, 13) Niewydolność nerek, 14) Nowotwór złośliwy, 15) Nowotwór o granicznej złośliwości,	16) Padaczka, 17) Przewlekła niewydolność oddechowa, 18) Przewlekła niewydolność wątroby, 19) Ropień mózgu, 20) Schistosomatoza, 21) Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci, 22) Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci, 23) Toczeń rumieniowaty układowy (SLE), 24) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu, 25) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu, 26) Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi, 27) Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o ciężkiej postaci, 28) Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o łagodnej postaci.
---	--
3. Ograniczenia odpowiedzialności, wskazane w ust. 1 i ust. 2, nie znajdują zastosowania, jeżeli Poważne zachorowanie nastąpiło na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.
4. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych: wadami wrodzonymi lub schorzeniami będącymi skutkiem tych wad, które zostały zdiagnozowane lub ujawniły się u Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
5. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego było spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 2) masowego skażenia chemicznego, radioaktywnego lub jonizującego.
6. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Operacji, jeżeli odpowiednio Pobyt w Szpitalu lub Operacja Ubezpieczonego były związane z wykonaniem profilaktycznych badań lekarskich lub z zabiegami chirurgii plastycznej, z wyjątkiem sytuacji, w której Operacja była spowodowana usuwaniem skutków Nieszczęśliwych wypadków.
7. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Urazu, jeśli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego były spowodowane lub zaszły w następstwie:
 - 1) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), o ile stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - 2) działań o charakterze wojennym (do których zalicza się również działania w ramach wojskowych misji pokojowych, w tym tzw. kontyngentów);
 - 3) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu;
 - 4) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności.

8. Unum wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa Ubezpieczonego (niezależnie od stanu jego poczytalności) w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy dodatkowej.
9. 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.
10. 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. 9 i ust. 10.
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 proponuje 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 ust. 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 3. miesiąc życia i ma nie więcej niż 17 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 § 13 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 za Poważne zachorowanie ustalana jest przez strony Umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu stanowi 0,2% Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie.
3. Suma ubezpieczenia za Operację stanowi 20% Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie.
4. Suma ubezpieczenia za Uraz jest równa Sumie ubezpieczenia za Poważne zachorowanie.
5. Sumy ubezpieczenia są określone kwotowo w Polisie lub w aneksie do Polisy.

- Unum zastrzega sobie prawo do ustalenia minimalnej i maksymalnej wysokości Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie, na jaką może zostać zawarta Umowa dodatkowa.

§ 10. Obniżenie Sumy ubezpieczenia

- Wysokość Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie może zostać obniżona na pisemny wniosek Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego. Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie skutkuje proporcjonalnym obniżeniem wysokości Składki oraz Sumy ubezpieczenia za Operację, Sumy ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu oraz Sumy ubezpieczenia za Uraz.
- Unum może nie zaakceptować wniosku o obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie, jeżeli powodowałoby to zmniejszenie Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie poniżej wartości minimalnej obowiązującej w Unum w dniu złożenia wniosku o obniżenie.
- Obniżenie wysokości Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie 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 za Poważne zachorowanie, Sumy ubezpieczenia za Operację i Sumy ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu, informując jednocześnie Ubezpieczonego o wprowadzonych zmianach i ich wpływie na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 11. Składka z tytułu Umowy dodatkowej

- Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej jest obliczana na podstawie wysokości Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie 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. Wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej zależy również od częstotliwości jej opłacania.
- Wysokość, okres, częstotliwość i sposób opłacania Składki są określone w Polisie lub w aneksie do Polisy.
- 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 § 13 niniejszych OWUD.

§ 12. Częstotliwość opłacania Składki

- 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. Przedłużenie Umowy dodatkowej

- 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.
- Ubezpieczający ma prawo do przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu przedłużenia Umowy dodatkowej ma nie więcej niż 24 lata.
- Okres, na jaki przedłużana jest Umowa dodatkowa, będzie krótszy niż 5 lat, w przypadku gdy:
 - do końca Umowy podstawowej pozostało mniej niż 5 lat, lub
 - do osiągnięcia przez Ubezpieczonego 25. roku życia pozostało mniej niż 5 lat.
 W takim przypadku Umowa dodatkowa zostanie przedłużona do końca Umowy podstawowej, lecz nie dłużej niż do Rocznic polisy, przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 25. roku życia.
- Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Unum aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wzrostu Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie, Sumy ubezpieczenia za Uraz, Sumy ubezpieczenia za Operację i Sumy ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu nie ulegają zmianie.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu.
- 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.

§ 14. Zamiana Umowy dodatkowej

- Na pisemny wniosek Ubezpieczającego Umowa dodatkowa może zostać zamieniona na inne umowy ubezpieczenia dodatkowego dotyczące poważnego zachorowania, pobytu w szpitalu, uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub poważnego urazu wskutek nieszczęśliwego wypadku znajdujące się w ofercie Unum w dniu złożenia wniosku o zamianę.
- Zamiana na inne umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwa, jeżeli Ubezpieczony w dniu złożenia wniosku o zamianę Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i ma nie więcej niż 25 lat.

3. Zamiana oznacza rozwiązanie Umowy dodatkowej i zawarcie jednej lub więcej innych umów ubezpieczenia dodatkowego. Suma ubezpieczenia z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego w ramach zawieranej umowy ubezpieczenia dodatkowego nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia z tytułu tego samego ryzyka w ramach zamienianej Umowy dodatkowej, aktualna w dniu zamiany.
4. Zamiana Umowy dodatkowej na inne umowy ubezpieczenia dodatkowego nie wymaga przeprowadzania przez Unum ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego dotyczącego Ubezpieczonego, a w szczególności przeprowadzania badań lekarskich.
5. Przed zamianą Umowy dodatkowej Unum proponuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu warunki, na których mogą zostać zawarte nowe umowy dodatkowe, w szczególności warunki dotyczące wysokości składki i świadczeń przysługujących z tytułu nowo zawieranych umów dodatkowych.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, umowę lub umowy ubezpieczenia dodatkowego powstałe w wyniku zamiany uważa się za zawarte w dniu doręczenia przez Unum Ubezpieczającemu Polisy lub aneksu do Polisy. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje z dniem poprzedzającym zawarcie nowych umów ubezpieczenia dodatkowego, z zachowaniem ciągłości ochrony ubezpieczeniowej.
7. Unum ustala wysokość składki z tytułu umów ubezpieczenia dodatkowego powstałych w wyniku zamiany, uwzględniając Wiek Ubezpieczonego w dniu akceptacji przez Unum wniosku o zamianę oraz ocenę ryzyka ubezpieczeniowego dokonaną przy zawarciu Umowy dodatkowej.

§ 15. Rozwiązanie Umowy dodatkowej

1. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
 - 1) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, którego wysokość łącznie z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Poważne zachorowania dotyczące Ubezpieczonego osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie, z zastrzeżeniem § 22 ust. 11;
 - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Urazu, którego wysokość łącznie z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Urazy dotyczące Ubezpieczonego osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia za Uraz;
 - 3) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia (o ile Umowa dodatkowa nie zostanie przedłużona zgodnie z § 13 niniejszych OWUD);
 - 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 z § 13 ust. 10;
 - 8) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej;
 - 9) w przypadku zawarcia nowej umowy ubezpieczenia dodatkowego, w związku z zamianą Umowy dodatkowej, zgodnie z § 14 OWUD;
 - 10) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
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 oraz pkt 2 niniejszego paragrafu Unum zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 4. Świadczenia

§ 16. Wysokość Świadczenia w przypadku Poważnego zachorowania

1. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego jest równa Sumie ubezpieczenia za Poważne zachorowanie pomnożonej przez odpowiadający danemu Poważnemu zachorowaniu procent Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie wskazany w Tabeli Poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Łączna kwota Świadczeń, jaka może być wypłacona w ramach każdej z grup Zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w pkt 1– 8 poniżej:
 - 1) Choroba skutkująca utratą samodzielności oraz którekolwiek Poważne zachorowanie: Choroba Heinego-Medina, Choroba neuronu ruchowego, Dystrofia mięśniowa, Paraliż (porażenie), Poważny uraz głowy, Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami, Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami;
 - 2) Łuszczykowe zapalenie stawów o ciężkiej postaci oraz Łuszczykowe zapalenie stawów o łagodnej postaci;
 - 3) Nowotwór złośliwy oraz Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - 4) Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci oraz Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci;
 - 5) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu oraz Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu;
 - 6) Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami oraz Zapalenie mózgu bez trwałych następstw;
 - 7) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami oraz Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw;
 - 8) Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o ciężkiej postaci oraz Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o łagodnej postaci; ograniczona jest do 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 17. Wysokość Świadczenia w przypadku Pobytu w Szpitalu

1. Wysokość Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego zależy od liczby Dni Pobytu w Szpitalu i jest równa Sumie ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu pomnożonej przez liczbę Dni Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem § 22 ust. 3–6.
2. Jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego został spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, to za okres od 1. do 14. Dnia Pobytu w Szpitalu Świadczenie zostanie powiększone o Dodatek wypadkowy. Wysokość Dodatku wypadkowego zależy od liczby Dni Pobytu w Szpitalu,

z zastrzeżeniem że Dodatek wypadkowy może zostać wypłacony za nie więcej niż 14 Dni Pobytu w Szpitalu spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem. Dodatek wypadkowy zostanie wypłacony w wysokości Sumy ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu pomnożonej przez liczbę Dni Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem zdania poprzedniego.

3. Jeżeli podczas Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony przebywał na OIOM, Świadczenie zostanie powiększone o Dodatek za OIOM. Wysokość Dodatku za OIOM zależy od liczby Dni Pobytu w Szpitalu na OIOM, z zastrzeżeniem że w związku z jednym Pobytom w Szpitalu Dodatek za OIOM może zostać wypłacony za nie więcej niż 14 dni Pobytu w Szpitalu na OIOM. Dodatek za OIOM zostanie wypłacony w wysokości równej Sumie ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu pomnożonej przez liczbę Dni Pobytu w Szpitalu na OIOM, z zastrzeżeniem zdania poprzedniego.

§ 18. Wysokość Świadczenia w przypadku Operacji

1. Wysokość Świadczenia z tytułu przeprowadzonej Operacji, której poddany został Ubezpieczony, jest równa Sumie ubezpieczenia za Operację pomnożonej przez odpowiadający danej Operacji procent Sumy ubezpieczenia za Operację. Procent Sumy ubezpieczenia za każdą Operację będącą w zakresie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej został podany w Tabeli Operacji stanowiącej integralną część niniejszych OWUD.
2. Unum jest zobowiązane do wypłaty Świadczenia za daną Operację objętą zakresem ubezpieczenia wyłącznie raz. Jeżeli Unum wypłaci Świadczenie za daną Operację, Umowa dodatkowa będzie kontynuowana, natomiast zakres ubezpieczenia zostanie ograniczony poprzez wyłączenie z zakresu ubezpieczenia tej Operacji, za którą Unum wypłaciło już Świadczenie.
3. Jeżeli w ciągu kolejnych 12 miesięcy przeprowadzono u Ubezpieczonego więcej niż jedną Operację wynikającą z tej samej przyczyny, tj. z tej samej Choroby lub z tego samego Nieszczęśliwego wypadku, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji Ubezpieczony z tytułu Umowy dodatkowej nabywa prawo do Świadczenia wyłącznie za jedną Operację, za którą zgodnie z Tabelą Operacji należna jest najwyższa kwota Świadczenia.
4. Jeżeli w trakcie pobytu w sali operacyjnej przeprowadzono u Ubezpieczonego więcej niż jedną Operację wymienioną w Tabeli Operacji, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji Ubezpieczony z tytułu Umowy dodatkowej nabywa prawo do Świadczenia wyłącznie za jedną Operację, za którą zgodnie z Tabelą Operacji należna jest najwyższa kwota Świadczenia.

§ 19. Wysokość Świadczenia w przypadku Urazu

1. Wysokość Świadczenia z tytułu doznanego przez Ubezpieczonego Urazu jest równa Sumie ubezpieczenia za Uraz pomnożonej przez procent Urazu określony w Tabeli Urazów.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji organu, narządu, układu lub kończyny, które powstały u Ubezpieczonego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej, przy ocenie stopnia Urazu, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Unum, uwzględnia się stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji w obrębie tego organu, narządu, układu lub tej kończyny istniejący przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności.
3. W przypadku Urazu w obrębie tego samego organu, narządu, układu lub tej samej kończyny odpowiedzialność Unum ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w kwocie nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne Ubezpieczonemu z tytułu utraty odpowiednio tego organu, narządu, układu lub tej kończyny, z zastrzeżeniem ust. 2 powyżej.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku doznał więcej niż jednego złamania w obrębie tej samej kości lub złamania wielu kości w obrębie tego samego stawu, wówczas Unum wypłaci najwyższe Świadczenie, które byłoby należne za pojedyncze złamanie tej kości lub złamanie pojedynczej kości stawu.

§ 20. Wysokość Świadczenia w przypadku śmierci

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe sumie wpłaconych Składek z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 21. Dokumenty wymagane do ustalenia odpowiedzialności

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania, Pobytu w Szpitalu, Operacji lub Urazu do ustalenia odpowiedzialności Unum wymagane są następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - 2) odpis aktu urodzenia Ubezpieczonego lub kopia jego dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w szczególności:
 - a) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - b) opinia lekarza prowadzącego;
 - c) wyniki badań potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania lub Urazu lub dokumenty potwierdzające przebycie przez Ubezpieczonego Operacji;
 - d) karta wypisu ze Szpitala;
 - e) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - f) inne dokumenty wymagane zgodnie z definicjami Poważnych zachorowań z § 3 ust. 3.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego do ustalenia odpowiedzialności Unum wymagane są następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopia karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 4) kopia dokumentów tożsamości Uposażonych lub innych osób uprawnionych do Świadczenia, chyba że tożsamość została potwierdzona w inny uznany przez Unum sposób;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Unum.
3. Do ustalenia odpowiedzialności Unum z tytułu złamań konieczne jest potwierdzenie ich badaniami obrazowymi.

4. 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.
5. 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 pokrywa Unum.
6. Niedostarczenie dokumentów koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Unum może skutkować odmową przyznania Świadczenia.
7. 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.
8. 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.

§ 22. Wypłata Świadczenia

1. W przypadku śmierci Ubezpiezonego Unum wypłaci Świadczenie Uposażonemu z tytułu Umowy dodatkowej.
2. W sytuacji zajścia innego Zdarzenia ubezpieczeniowego niż śmierć Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone Ubezpieczonemu.
3. Unum wypłaci Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu, w przypadku gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem trwał co najmniej 1 Dzień Pobytu w Szpitalu.
4. W przypadku gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego związany z zajściem Nieszczęśliwego wypadku nastąpił po raz pierwszy po upływie 1 roku od daty zajścia tego Nieszczęśliwego wypadku, Unum wypłaci Świadczenie jak za Pobyt w Szpitalu spowodowany Chorobą, a nie Nieszczęśliwym wypadkiem, zgodnie z postanowieniami ust. 3 powyżej oraz zgodnie z § 17 ust. 1 i ust. 3.
5. Maksymalny łączny limit Świadczeń, jakie mogą być wypłacone z tytułu Pobytu w Szpitalu i Operacji, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 500-krotności Sumy ubezpieczenia za Dzień Pobytu w Szpitalu. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim, obejmuje łącznie wszystkie Świadczenia z tytułu Operacji oraz Pobytów w Szpitalu (wraz z Dodatkami za OIOM i Dodatkami wypadkowymi) spowodowanych chorobami lub Nieszczęśliwymi wypadkami. Limit ten ulega odnowieniu w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres. W przypadku osiągnięcia przedmiotowego limitu Świadczeń Unum poinformuje o tym Ubezpiezonego i Ubezpieczającego.
6. Unum wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej maksymalnie za 30 Dni Pobytu w Szpitalu rehabilitacyjnym. Limit, o którym mowa w poprzednim zdaniu, ulega odnowieniu w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres. Unum poinformuje Ubezpiezonego i Ubezpieczającego o osiągnięciu przedmiotowego limitu.
7. W przypadku gdy Pobyt w Szpitalu Ubezpiezonego trwał co najmniej 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia za przebyty okres Pobytu w Szpitalu. Po upływie kolejnych 30 dni, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia za kolejne Dni Pobytu w Szpitalu.
8. Unum wypłaci maksymalnie 5 Świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku Innych operacji przeprowadzonych w Szpitalu u Ubezpiezonego. Limit, o którym mowa w poprzednim zdaniu, ulega odnowieniu w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres. Unum poinformuje Ubezpiezonego i Ubezpieczającego o osiągnięciu przedmiotowego limitu.
9. W przypadku nabycia prawa do Świadczenia z tytułu całkowitej i nieodwracalnej utraty władzy w danej części ciała Ubezpieczonemu nie przysługuje Świadczenie z tytułu późniejszej utraty tej części ciała.
10. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu utraty wszystkich palców jednej kończyny Ubezpieczonemu nie przysługuje Świadczenie z tytułu późniejszej utraty tej kończyny.
11. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, którego wysokość wraz z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Poważne zachorowania Ubezpiezonego osiągnie łącznie kwotę 100% Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie (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 umowa dodatkowa, w tym wykaz Poważnych zachorowań, Operacji oraz Pobytów w Szpitalu objętych zakresem ubezpieczenia (z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostanie wyłączone Poważne zachorowanie, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał już Świadczenie, oraz Poważne zachorowania, Operacje oraz Pobyty w Szpitalu pozostające w medycznym związku przyczynowo-skutkowym z tym Poważnym zachorowaniem).
12. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpiezonego, może wskazać jednego lub więcej Uposażonych z tytułu Umowy dodatkowej.
13. Jeśli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych z tytułu Umowy dodatkowej, ale nie podał ich udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
14. Wskazanie Uposażonych może nastąpić podczas zawierania Umowy dodatkowej, jak również w każdym momencie jej trwania. Wskazanie i odwołanie Uposażonych oraz zgłoszenie każdej zmiany dotyczącej Uposażonych wymagają złożenia pisemnego wniosku.
15. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpiezonego, może dokonać zmiany Uposażonego lub Uposażonych w każdej chwili, na podstawie pisemnego wniosku zawierającego datę oraz podpis Ubezpieczającego i Ubezpiezonego. Zmiana Uposażonego wchodzi w życie z dniem otrzymania wniosku przez Unum.
16. Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpiezonego lub jednocześnie z nim, albo jeśli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego. W takim przypadku udział tego Uposażonego w kwocie Świadczenia zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do wielkości ich udziałów.
17. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał żadnych Uposażonych, odwołał wcześniej wskazanych Uposażonych lub wskazanie każdego z Uposażonych stało się bezskuteczne (ust. 16 niniejszego paragrafu), Świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpiezonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom;
 - 3) rodzicom;

4) rodzeństwu.

Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczane do kolejnej grupy. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują Świadczenie w równych częściach.

Rozdział 5. Postanowienia końcowe

§ 23. 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.

§ 24. Data uchwały

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka wraz z Tabelą Poważnych zachorowań, Tabelą Operacji oraz Tabelą Urazów zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 5/02/2024 z dnia 20 lutego 2024 r. i wchodzi 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

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka 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 zawiera listę Poważnych zachorowań będących w zakresie umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka.

Zakres ubezpieczenia został określony w rozdz. 2 wymienionych OWUD.

Lp.	Poważne zachorowanie	Procent Sumy ubezpieczenia
Choroby układu krążenia		
1.	Choroba kardiologiczna	100%
Choroby nowotworowe		
2.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu	100%
3.	Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia kręgowego	100%
4.	Nowotwór złośliwy	100%
5.	Nowotwór o granicznej złośliwości	25%
Choroby układu nerwowego		
6.	Choroba Heinego-Medina (<i>poliomyelitis</i>)	100%
7.	Choroba neuronu ruchowego	100%
8.	Dystrofia mięśniowa	100%
9.	Padaczka	25%
10.	Porażenie (paraliż)	100%
11.	Stwardnienie rozsiane w zaawansowanej postaci	100%
12.	Stwardnienie rozsiane we wczesnej postaci	25%
13.	Śpiączka	50%
14.	Zapalenie mózgu z trwałymi następstwami	100%
15.	Zapalenie mózgu bez trwałych następstw	25%
16.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami	100%
17.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw	15%
Choroby narządów wewnętrznych		
18.	Choroba Crohna	100%
19.	Niedokrwistość aplastyczna	100%
20.	Niewydolność nerek	100%
21.	Przewlekła niewydolność oddechowa	100%
22.	Przewlekła niewydolność wątroby	100%
23.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	100%
24.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o średnio ciężkim przebiegu	15%
Choroby zakaźne i pasożytnicze		
25.	Bąblowica o ciężkim przebiegu	100%
26.	Borelioza o ciężkim przebiegu	50%
27.	Gruźlica	50%
28.	Piorunujące zapalenie wątroby	100%
29.	Sepsa	50%
30.	Tężec	50%
31.	Wścieklizna	100%
32.	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	50%

Choroby skóry

33.	Poważne oparzenie	100%
-----	-------------------	------

Choroby reumatologiczne

34.	Choroba Kawasaki o ciężkiej postaci	100%
35.	Łuszczycowe zapalenie stawów o ciężkiej postaci	100%
36.	Łuszczycowe zapalenie stawów o łagodnej postaci	25%
37.	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	100%
38.	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o ciężkiej postaci	100%
39.	Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa o łagodnej postaci	25%

Choroby tropikalne

40.	Cholera	25%
41.	Choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	50%
42.	Dur brzuszny	25%
43.	Filarioza	25%
44.	Gorączka krwotoczna Ebola	50%
45.	Gorączka krwotoczna Lassa	50%
46.	Gorączka krwotoczna Marburg	50%
47.	Malaria	50%
48.	Schistosomatoza	25%
49.	Śpiączka afrykańska (trypanosomoza afrykańska)	50%
50.	Żółta gorączka	25%

Inne Poważne zachorowania

51.	Cukrzyca	50%
52.	Choroba skutkująca utratą samodzielności	100%
53.	Poważny uraz głowy	100%
54.	Ropień mózgu	50%
55.	Transplantacja głównych narządów	100%
56.	Utrata kończyny	50%
57.	Utrata mowy	100%
58.	Utrata słuchu w jednym uchu	50%
59.	Utrata wzroku w jednym oku	50%

Tabela Urazów

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka 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 Urazów zawiera listę Urazów będących w zakresie umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka. Zakres ubezpieczenia został określony w rozdz. 2 wymienionych OWUD.

Lp.	Zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową	Procent Sumy ubezpieczenia za Uraz
Kończyny górne		
1.	Utrata kończyny powyżej stawu łokciowego	80%
2.	Utrata kończyny powyżej nadgarstka	60%
3.	Utrata kończyny w nadgarstku	55%
4.	Całkowita utrata wszystkich palców ręki	50%
5.	Całkowita utrata kciuka i palca wskazującego	35%
6.	Całkowita utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25%
7.	Całkowita utrata kciuka (oba paliczki)	20%
8.	Utrata paliczka dalszego kciuka	8%
9.	Całkowita utrata palca wskazującego	15%
10.	Utrata paliczka dalszego palca wskazującego	4%
11.	Utrata paliczka środkowego palca wskazującego	9%
12.	Całkowita utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5%
13.	Utrata paliczka dalszego palca III-V ręki	1%
14.	Utrata paliczka środkowego palca III-V ręki	3%
Kończyny dolne		
15.	Utrata kończyny powyżej kolana	80%
16.	Utrata kończyny powyżej stawu skokowego	60%
17.	Utrata kończyny na poziomie stawu skokowego	45%
18.	Utrata kończyny w obrębie stępu	40%
19.	Utrata kończyny w obrębie śródstopia	30%
20.	Całkowita utrata wszystkich palców u stopy	25%
21.	Całkowita utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20%
22.	Całkowita utrata palucha	10%
23.	Całkowita utrata palca innego niż paluch	3%
Głowa		
24.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach	100%
25.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obojgu uszach	100%
26.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%
27.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	40%
28.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	20%
29.	Utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30%
Złamania		
Złamania w obrębie czaszki		
30.	Złamania pokrywy czaszki – za każdą kość	2%
31.	Złamanie podstawy czaszki	6%
32.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2%
33.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1%

34. Złamanie kości jarzmowej z przemieszczeniem	3%
35. Złamanie kości jarzmowej bez przemieszczenia	1%
36. Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) z przemieszczeniem	5%
37. Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) bez przemieszczenia	2%
38. Złamanie żuchwy – wieloodłamowe	6%
39. Złamanie żuchwy – inne niż wieloodłamowe	4%
40. Złamanie mózgowiczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	5%
Złamania w obrębie klatki piersiowej	
41. Złamanie od 1 do 3 żeber	2%
42. Złamanie od 4 do 8 żeber	7%
43. Złamanie 9 i więcej żeber	12%
44. Złamanie mostka z przemieszczeniem	5%
45. Złamanie mostka bez przemieszczenia	2%
Złamania kręgosłupa	
46. Kompresyjne złamanie trzonów kręgów – za każdy	7%
47. Złamanie wyrostków kolczystych poprzecznych – za każdy	1%
48. Złamanie łuków kręgów – za każdy	3%
49. Złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2%
50. Złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	4%
Złamania w obrębie miednicy	
51. Złamanie panewki stawu biodrowego	10%
52. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej:	
a) w odcinku przednim jednostronnie	2%
b) w odcinku przednim obustronnie lub jednostronnie kość łonowa i kulszowa	5%
c) w odcinku przednim i tylnym bez przemieszczenia	10%
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20%
53. Złamanie miednicy bez przerwania obręczy biodrowej:	
a) złamanie jednomiejscowe nieprzemieszczone	2%
b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) złamanie wieloodłamowe bez przemieszczenia	5%
d) złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	10%
Złamania w obrębie kończyny górnej	
54. Złamanie łopatki:	
a) wieloodłamowe	5%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
c) inne złamania	1%
55. Złamanie obojczyka:	
a) wieloodłamowe	5%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
c) inne złamania	1%
56. Złamanie kości ramiennej – bliższej nasady:	
a) wieloodłamowe	10%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
57. Złamanie kości ramiennej – trzonu:	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%

58. Złamanie kości ramiennej – dalszej nasady:	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	2%
59. Złamanie trzonów kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe	7%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	2%
60. Złamanie dalszych nasad kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe	7%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
61. Złamanie kości nadgarstka:	
a) złamania mnogie (2 lub więcej) kości nadgarstka	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
62. Złamanie kości śródręcza:	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
63. Złamanie II kości śródręcza:	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
64. Złamanie III, IV, V kości śródręcza (każda):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%
65. Złamanie kciuka	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
66. Złamanie palca wskazującego	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
67. Złamanie palca III, IV, V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%
Złamania w obrębie kończyny dolnej	
68. Złamanie kości udowej – bliższej nasady:	
a) wieloodłamowe	15%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	10%
c) inne złamania	8%
69. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) wieloodłamowe	12%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
c) inne złamania	4%

70. Złamanie kości udowej – dalszej nasady:	
a) wieloodłamowe	10%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
71. Złamanie rzepki:	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
72. Złamanie kości podudzia – bliższej nasady:	
a) wieloodłamowe	12%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
c) inne złamania	5%
73. Złamanie trzonu kości podudzia:	
a) wieloodłamowe	10%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	7%
c) inne złamania	4%
74. Złamanie kości podudzia – dalszej nasady:	
a) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2%
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3%
c) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3%
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5%
e) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8%
f) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5%
g) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10%
h) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6%
i) inne złamania	3%
75. Złamanie kości skokowej i piętowej (każda):	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
76. Złamanie kości stępu (każda):	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
77. Złamanie kości śródstopia (każda):	
a) wieloodłamowe	5%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
c) inne złamania	2%
78. Złamanie palucha:	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
79. Złamanie palców II–V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%

Oparzenia

80. Oparzenia skóry II°:	
a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	1%
b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	7%
c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	20%
d) od 19% do 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	40%
e) powyżej 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
81. Oparzenia skóry III°:	
a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	3%
b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	25%
c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
d) powyżej 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
82. Oparzenia dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	10%
83. Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego wymagające hospitalizacji	10%

Odmrożenia

84. Odmrożenie co najmniej II° jednego palca dłoni	0,5%
85. Odmrożenie co najmniej II° jednego palca stopy	0,5%
86. Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca dłoni	2%
87. Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca stopy	2%
88. Odmrożenie co najmniej II° w obrębie nosa	2%
89. Odmrożenie co najmniej II° w obrębie ucha	2%

Inne urazy

90. Całkowite i nieodwracalne porażenie (paraliż) co najmniej dwóch kończyn	100%
91. Uraz głowy z koniecznością kraniotomii	20%
92. Uraz klatki piersiowej z koniecznością torakotomii	10%
93. Uraz klatki piersiowej z koniecznością drenażu opłucnej	5%
94. Uraz klatki piersiowej z koniecznością resekcji tkanki płucnej	25%
95. Uraz jamy brzusznej z koniecznością laparotomii	5%
96. Uraz jamy brzusznej z koniecznością usunięcia śledziony	15%
97. Urazowa utrata nerki	30%
98. Wstrząśnienie mózgu z koniecznością hospitalizacji:	
a) od 2 do 5 dni	2%
b) od 6 do 10 dni	5%
99. Utrata zęba stałego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:	
a) utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	1%
b) utrata korony (co najmniej ½ korony) i/lub korzenia	2%
100. Złamanie innej kości – za każdą kość	1%

Tabela Operacji

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka 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 Operacji zawiera listę Operacji będących w zakresie umowy Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek zachorowania dziecka. Zakres ubezpieczenia został określony w rozdz. 2 wymienionych OWUD.

Lp.	Nazwa operacji	Procent sumy ubezpieczenia
Operacje układu nerwowego		
Operacje nerwów czaszkowych i struktur wewnątrzczaszkowych		
1.	Rozległe usunięcie tkanki mózgowej	80%
2.	Wycięcie zmiany patologicznej tkanki mózgowej	80%
3.	Wentrykulostomia (wytworzenie połączenia z komorą mózgu)	60%
4.	Przeszczep nerwu czaszkowego	60%
5.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	80%
6.	Pozaczaszkowe usunięcie nerwu błędnego (X)	40%
7.	Drenaż przestrzeni nadtwardówkowej	20%
8.	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	20%
9.	Usunięcie zmiany patologicznej opon mózgu	40%
10.	Operacje przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	40%
Operacje opon kręgowych, rdzenia kręgowego i kanału kręgowego		
11.	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	40%
12.	Inne otwarte operacje rdzenia kręgowego	40%
13.	Operacja korzeni nerwu rdzeniowego	20%
Operacje nerwów obwodowych		
14.	Wycięcie nerwu obwodowego lub współczulnego	20%
15.	Mikrochirurgiczne leczenie nerwu obwodowego	40%
16.	Odbarczenie nerwu obwodowego w obrębie nadgarstka	10%
17.	Odbarczenie nerwu obwodowego w innym obszarze	10%
18.	Przeszczep nerwu obwodowego	40%
Operacje gruczołów dokrewnych		
19.	Wycięcie przysadki	60%
20.	Wycięcie tarczycy całkowite	40%
21.	Wycięcie tarczycy częściowe	20%
22.	Wycięcie przytarczyc	20%
23.	Wycięcie grasicy	20%
24.	Wycięcie nadnercza	60%
Operacje sutka		
25.	Wycięcie kwadrantu piersi lub wycięcie guza piersi – BCT	20%
26.	Całkowita amputacja sutka (mastektomia)	60%
27.	Usunięcie sutka z zawartością dołu pachowego	80%
28.	Odtworzenie sutka	40%
Operacje oka		
Operacje oczodołu, brwi i powiek		
29.	Usunięcie gałki ocznej	60%
30.	Wszczepienie protezy gałki ocznej	40%
31.	Usunięcie zmiany patologicznej powiek	10%
32.	Operacje brwi	10%

Operacje mięśni oka, gruczołów łzowych i przewodów łzowych	
33. Złożona operacja na mięśniach oka	40%
34. Wycięcie mięśnia oka	40%
35. Skrócenie mięśnia oka	40%
36. Operacja gruczołu łzowego	20%
37. Operacja przewodu nosowo-łzowego	20%
38. Częściowy podział mięśnia oka	20%
Operacje spojówki, rogówki, twardówki, tęczówki i siatkówki	
39. Usunięcie zmiany patologicznej spojówki	5%
40. Nacięcie spojówki	5%
41. Usunięcie zmiany patologicznej twardówki	20%
42. Usunięcie ciała obcego z rogówki	10%
43. Wycięcie tęczówki	40%
44. Nacięcie tęczówki	20%
45. Nacięcie twardówki	10%
46. Nacięcie rogówki	10%
47. Leczenie operacyjne jaskry lub zaćmy	20%
48. Laserowa korekcja wzroku	5%
49. Operacja ciała szklanego	40%
50. Leczenie operacyjne odklejonej siatkówki	20%
Operacje ucha	
Operacje ucha zewnętrznego, ucha wewnętrznego, ucha środkowego i wyrostka sutkowatego	
51. Wycięcie zmiany ucha zewnętrznego	20%
52. Usunięcie zmiany patologicznej ucha środkowego	20%
53. Mastoidektomia	20%
54. Leczenie chirurgiczne błony bębenkowej	20%
55. Operacje ślimaka	40%
56. Operacje trąbki Eustachiusza	20%
57. Operacje narządu przedsionkowego	40%
Operacje nosa i zatok przynosowych	
58. Amputacja (resekcja) nosa	40%
59. Operacja przegrody nosa	10%
60. Operacje zatoki szczękowej	20%
61. Operacje zatoki czołowej, sitowej lub klinowej	10%
Operacje krtani, gardła i tchawicy	
62. Wycięcie krtani	60%
63. Odtworzenie krtani	80%
64. Wycięcie gardła	80%
65. Leczenie chirurgiczne gardła	60%
66. Usunięcie migdałków	10%
67. Częściowe wycięcie tchawicy	40%
68. Plastyka tchawicy (rekonstrukcja tchawicy)	60%
69. Operacyjne leczenie zespołu obturacyjnego bezdechu sennego	10%
Operacje płuc i oskrzeli	
70. Przeszczep płuca jako biorca	100%
71. Wycięcie płuca (wycięcie płuca BNO)	80%

72. Inne usunięcie zmiany patologicznej płuca	80%
73. Częściowe usunięcie oskrzela terapeutyczne	60%
74. Otwarte operacje śródpiersia	60%
Operacje ust i twarzy	
Operacje języka, wargi	
75. Wycięcie języka (całkowite)	60%
76. Częściowe wycięcie wargi	10%
77. Usunięcie zmiany patologicznej języka	20%
78. Wycięcie zmiany patologicznej innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	20%
Operacje przewodów i gruczołów ślinowych	
79. Wycięcie gruczołu ślinowego	20%
80. Usunięcie zmiany patologicznej gruczołu ślinowego	20%
81. Nacięcie gruczołu ślinowego	10%
82. Transpozycja przewodu ślinowego	20%
83. Podwiązanie przewodu ślinowego	10%
Operacje przewodu pokarmowego	
Operacje przełyku, przepony i żołądka	
84. Wycięcie przełyku i żołądka	80%
85. Całkowite wycięcie przełyku	80%
86. Częściowe wycięcie przełyku	60%
87. Całkowita resekcja żołądka	60%
88. Częściowa resekcja żołądka	40%
89. Leczenie chirurgiczne przepukliny przeponowej	40%
90. Endoskopowe usunięcie zmiany patologicznej górnego odcinka przewodu pokarmowego	10%
Operacje dwunastnicy, jelita czczego i jelita krętego	
91. Wycięcie dwunastnicy	60%
92. Otwarte usunięcie zmiany patologicznej dwunastnicy	40%
93. Resekcja jelita czczego	60%
94. Usunięcie zmiany patologicznej jelita czczego	40%
95. Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomia)	10%
96. Resekcja jelita krętego	60%
97. Otwarte usunięcie zmiany patologicznej jelita krętego	40%
98. Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	20%
Operacje wyrostka robaczkowego	
99. Wycięcie wyrostka robaczkowego w stanie nagłym	20%
100. Inne wycięcie wyrostka robaczkowego	10%
Operacje okrężnicy i odbytnicy	
101. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
102. Całkowite wycięcie okrężnicy	60%
103. Wycięcie okrężnicy poprzecznej	40%
104. Wycięcie prawej połowy okrężnicy	40%
105. Wycięcie okrężnicy esowatej	40%
106. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	20%
107. Wycięcie odbytnicy	60%
108. Otwarte usunięcie zmiany patologicznej odbytnicy	40%
109. Endoskopowe usunięcie zmiany patologicznej okrężnicy	10%
110. Operacje kroczone przeciwdziałające wypadaniu odbytnicy	20%

Operacje odbytu i krocza	
111. Wycięcie odbytu	40%
112. Leczenie chirurgiczne odbytu	20%
113. Drenaż poprzez krocze	10%
114. Operacje żylaków odbytu	10%
Operacje wątroby, pęcherzyka żółciowego i trzustki	
Operacje wątroby	
115. Przeszczep wątroby jako biorca	100%
116. Częściowe wycięcie wątroby	60%
117. Wycięcie zmiany patologicznej w obrębie wątroby	60%
Operacje pęcherzyka żółciowego	
118. Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20%
119. Zabiegi lecznicze przezskórne pęcherzyka żółciowego	20%
Operacje trzustki	
120. Przeszczep trzustki jako biorca	100%
121. Całkowite wycięcie trzustki lub wycięcie głowy trzustki	80%
122. Usunięcie zmiany patologicznej trzustki	60%
Operacje śledziony	
123. Całkowite wycięcie śledziony	40%
Operacje serca	
124. Przeszczep serca (lub przeszczep serca i płuc) jako biorca	100%
Operacje przegrody, przedsionka i zastawek serca	
125. Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego	80%
126. Zabieg wycięcia tętniaka aorty ze wstawką naczyniową	80%
127. Inne otwarte zabiegi naprawcze serca i osierdzia	60%
128. Walwuloplastyka mitralna	60%
129. Walwuloplastyka aortalna	80%
130. Plastyka zastawki trójdzielnej	60%
131. Plastyka zastawki tętnicy płucnej	60%
132. Wszczepienie układu stymulującego serce	20%
Operacje na naczyniach serca	
133. Pomostowanie aortalno-wieńcowe (jedna lub więcej tętnic wieńcowych)	80%
134. Pomostowanie aortalno-wieńcowe przy użyciu tętnicy piersiowej wewnętrznej	80%
135. Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej lub inne zabiegi na naczyniach serca	60%
136. Wewnątrznacyniowa angioplastyka balonowa tętnicy wieńcowej z wszczepieniem stentu lub bez wszczepienia stentu	40%
137. Inne usunięcie niedrożności tętnicy wieńcowej	40%
Operacje innych części serca i osierdzia	
138. Wycięcie osierdzia (perikardiektomia)	60%
139. Drenaż osierdzia	40%
140. Wszczepienie urządzenia do resynchronizacji komór serca, umiarkowania pracy serca (CRT, CRD-D, ICD)	40%
141. Nacięcie osierdzia (perikardiotomia)	40%
Operacje naczyń krwionośnych	
142. Operacja tętniaka aorty ze wskazań nagłych	100%
143. Zespoleń aorty zstępującej z tętnicą płucną grafem	80%
144. Zespoleń tętnicy podobojczykowej z tętnicą płucną grafem	80%

145. Leczenie chirurgiczne tętnicy płucnej (embolektomia, trombektomia)	80%
146. Zespoleń systemowo-płucne lewo-prawe	60%
147. Otwarte operacje naprawcze tętnicy szyjnej	80%
148. Zabiegi wewnątrznaczyniowe aorty, tętnicy szyjnej, nerkowej lub tętnic wewnątrzczaszkowych	60%
149. Otwarte zabiegi naprawcze aorty i jej gałęzi trzewnych	60%
150. Otwarte zabiegi naprawcze tętniaka tętnicy biodrowej	80%
151. Zespoleń żyły głównej lub jej gałęzi	60%
152. Podwiązanie (plikacja), wprowadzenie filtra żyły głównej	20%
153. Operacje żyłaków kończyny dolnej	5%
Operacje układu moczowego	
Operacje nerki	
154. Przeszczep nerki jako biorca	80%
155. Całkowite usunięcie nerki	60%
156. Częściowe wycięcie nerki	40%
157. Operacja naprawcza nerki lub otwarte chirurgiczne leczenie nerki	20%
Operacje moczowodu	
158. Wycięcie moczowodu	40%
159. Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop (ultrospekja) lub zabiegi lecznicze ureteroskopowe	20%
160. Operacje ujścia moczowodu	20%
161. Chirurgiczne metody leczenia kamicy nerkowej, np. ESWL	20%
Operacje pęcherza moczowego, cewki moczowej, gruczołu krokowego	
162. Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	80%
163. Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	40%
164. Wycięcie zmiany patologicznej pęcherza moczowego metodą endoskopową	20%
165. Wycięcie prostaty	40%
166. Leczenie chirurgiczne cewki moczowej	40%
167. Operacje brzuszne wspomagające ujście pęcherza moczowego	60%
168. Usunięcie zmiany patologicznej prostaty	10%
Operacje narządów płciowych	
Operacje męskich narządów płciowych	
169. Usunięcie moszny	20%
170. Jednostronne wycięcie jądra	20%
171. Obustronne wycięcie jąder	40%
172. Usunięcie zmiany patologicznej jądra	10%
173. Umieszczenie jąder w mosznie	20%
174. Proteza jądra	40%
175. Amputacja prącia	40%
176. Leczenie chirurgiczne powrózka nasiennego	20%
Operacje żeńskich narządów płciowych	
177. Wycięcie pochwy	60%
178. Wycięcie macicy	60%
179. Wycięcie samej szyjki macicy	20%
180. Usunięcie zmian patologicznych w obrębie macicy lub w obrębie szyjki macicy	10%
181. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy lub wycięcie trzonu macicy	40%
182. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	20%
183. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	5%
184. Obustronne wycięcie jajników	20%

185. Jednostronne wycięcie jajnika	10%
186. Wycięcie sromu	40%
187. Obustronne wycięcie jajowodów	20%
188. Jednostronne wycięcie jajowodu	5%
Operacje ściany klatki piersiowej, opłucnej i przepony	
189. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	40%
190. Otwarte wycięcie opłucnej	20%
191. Endoskopowe leczenie opłucnej	10%
Operacje chirurgiczne przepuklin i inne operacje brzuszne	
192. Leczenie chirurgiczne przepukliny pępkowej	20%
193. Pierwotne leczenie chirurgiczne przepukliny udowej, pachwinowej lub przepukliny kresy białej	20%
194. Pierwotne leczenie chirurgiczne przepukliny w bliźnie operacyjnej	20%
195. Pierwotne leczenie chirurgiczne przepukliny uwięźniętej	20%
Operacje otrzewnej	
196. Otwarte operacje otrzewnej tylnej ściany brzucha	40%
Operacje mięśni, ścięgien	
197. Przeszczep mięśnia	20%
198. Wycięcie mięśnia	20%
199. Leczenie chirurgiczne mięśnia (z wyłączeniem prostego szcicia mięśnia)	20%
200. Wycięcie pochewki ścięgna	10%
201. Pierwotne naprawcze leczenie chirurgiczne ścięgna	10%
202. Wycięcie ścięgna	20%
Układ limfatyczny	
203. Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
Operacje twarzy i kości twarzoczaszki	
204. Plastyka czaszki	40%
205. Otwarcie czaszki	40%
206. Wycięcie kości twarzy	20%
207. Repozycja złamania szczęki	20%
208. Inne operacje kości twarzy	40%
209. Wycięcie żuchwy	40%
210. Repozycja złamania żuchwy	20%
211. Operacje kieszonki skrzелowej	20%
Operacje kręgosłupa i krążków międzykręgowych	
212. Pierwotne operacje odbarczające kręgosłup szyjny	20%
213. Rewizyjne operacje odbarczające kręgosłup szyjny	40%
214. Pierwotne operacje odbarczające kręgosłup lędźwiowy	20%
215. Rewizyjne operacje odbarczające kręgosłup lędźwiowy	40%
216. Pierwotne operacje odbarczające kręgosłup piersiowy	20%
217. Rewizyjne operacje odbarczające kręgosłup piersiowy	40%
218. Pierwotne wycięcie szyjnego krążka międzykręgowego	40%
219. Rewizyjne wycięcie szyjnego krążka międzykręgowego	60%
220. Pierwotne zespolenie kręgów	40%
221. Rewizyjne zespolenie kręgów	60%
222. Odbarczenie złamania kręgosłupa	20%
223. Usunięcie zmiany patologicznej kręgosłupa	40%

Operacje chirurgii urazowej i ortopedyczne

Rekonstrukcja kości

224. Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
225. Rekonstrukcja kciuka	20%
226. Protezowanie kości	40%
227. Całkowite wycięcie kości: łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20%
228. Wycięcie kości ektopowej	10%
229. Usunięcie zmiany patologicznej kości	10%
230. Kompleksowa rekonstrukcja przodostopia	20%
231. Kompleksowa rekonstrukcja tyłostopia	20%

Repozycja złamania kości, stabilizacja złamania

232. Pierwotna otwarta repozycja śródstawowego złamania kości	10%
233. Przeszczep szpiku kostnego	20%
234. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną lub zewnętrzną	40%
235. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	40%

Protezowanie stawów i kości

236. Protezoplastyka totalna bezcementowa stawu biodrowego	60%
237. Protezoplastyka totalna bezcementowa stawu kolanowego	60%
238. Protezoplastyka totalna bezcementowa innego stawu	40%
239. Protezoplastyka cementowa innego stawu	20%

Repozycja zwichnięć i operacje elementów stawów

240. Zamknięte nastawienie zwichnięcia stawu: kolana, nadgarstka, barku, biodra, łokcia	20%
241. Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	20%
242. Zamknięte nastawienie urazowego zwichnięcia innego stawu	10%
243. Protezowanie więzadła stawu kolanowego	20%
244. Artroskopowe leczenie stawu kolanowego	10%
245. Artroskopowe leczenie stawu barkowego	10%
246. Artroskopowe leczenie stawu skokowego	20%
247. Artroskopowe leczenie innego stawu	5%

Replantacja i amputacje kończyn

248. Replantacja kończyny górnej	60%
249. Replantacja kończyny dolnej	80%
250. Implantacja protezy kończyny	40%
251. Amputacja kończyny dolnej	60%
252. Amputacja ręki lub ramienia	40%
253. Amputacja stopy	40%
254. Amputacja palucha stopy	10%
255. Całkowita amputacja kciuka	10%

Inne operacje

256. Wytrzewienie miednicy	100%
257. Operacje usunięcia zmiany patologicznej w nowotworach złośliwych skóry	10%
258. Inne operacje przeprowadzone w Szpitalu	5%

