



Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z OBJĘCIEM OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

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

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

CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

PRZEZ JAKI OKRES DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZECHOWYWANE?

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

KOMU DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZEKAZYWANE?

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

PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

7. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane podmiotom z grupy kapitałowej, do której należy Unum, do Stanów Zjednoczonych Ameryki. Stany Zjednoczone Ameryki nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające na swym terytorium odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.
8. Przekazywanie danych osobowych do Stanów Zjednoczonych Ameryki odbywa się na podstawie stosownej umowy, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię tej umowy – w tej sprawie prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych.

CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST OBOWIĄZKOWE?

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

PRAWA ZWIĄZANE Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

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

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „PAKIET DLA FIRMY”

SPIS TREŚCI

Informacje do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”	3
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”	29
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	36
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	36
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	37
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	38
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	39
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	40
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	41
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	42
Warunki umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego	43
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	44
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	46
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	47
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	49
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	50
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka	55
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	61
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych	64
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego	66
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka	68
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka	70
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	71
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka	73
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	74
Załączniki do Warunków umów dodatkowych	76
Tabela Norm	77
Tabela Świadczeń	98
Tabela Urazów	103

**INFORMACJE DO OGÓLNYCH WARUNKÓW
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
„PAKIET DLA FIRMY”**

Niniejsze Informacje do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”	5
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	6
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	7
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	8
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	9
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	10
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	11
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	12
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	13
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego	14
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.....	15
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu.....	16
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	17
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	18
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	19
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka	20
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	21
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych	22
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego	23
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka	24
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka	25
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	26
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka	27
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	28

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 OWU w związku z § 2 OWU; § 4 OWU; § 13 OWU; § 14 OWU; § 17 OWU; § 19 OWU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 OWU; § 18 ust. 2 OWU; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „**ŚNW**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚNW w związku z § 2 ŚNW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚNW; § 17 OWU; § 19 OWU w związku z § 6 ŚNW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚNW; § 3 pkt b ŚNW; § 5 ŚNW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego (zwanym dalej „**ŚWK**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚWK w związku z § 2 ŚWK; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚWK; § 17 OWU; § 19 OWU w związku z § 6 ŚWK.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚWK; § 3 pkt b ŚWK; § 5 ŚWK; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy (zwanym dalej „**ŚWP**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚWP w związku z § 2 ŚWP; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚWP; § 17 OWU; § 19 OWU w związku z § 6 ŚWP.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚWP; § 3 pkt b ŚWP; § 5 ŚWP; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (zwanym dalej „**ŚZU**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚZU w związku z § 2 ŚZU; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚZU; § 17 OWU; § 19 OWU w związku z § 6 ŚZU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚZU; § 5 ŚZU; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego (zwanym dalej „**ŚMP**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚMP w związku z § 2 ŚMP; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚMP; § 19 OWU w związku z § 6 ŚMP.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚMP; § 4 ŚMP; § 5 ŚMP; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Niestetyliwego wypadku (zwanych dalej „ŚMPNW”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚMPNW w związku z § 2 ŚMPNW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚMPNW; § 19 OWU w związku z § 6 ŚMPNW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚMPNW; § 3 pkt b ŚMPNW; § 4 ust. 2 ŚMPNW; § 5 ŚMPNW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka (zwanym dalej „**ŚD**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚD w związku z § 2 ŚD; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚD; § 19 OWU w związku z § 6 ŚD.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚD; § 4 ust. 2 ŚD; § 5 ŚD; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Niestety wypadku (zwanych dalej „**ŚDNW**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ŚDNW w związku z § 2 ŚDNW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 ŚDNW; § 19 OWU w związku z § 6 ŚDNW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ŚDNW; § 3 pkt b ŚDNW; § 4 ust. 2 ŚDNW; § 5 ŚDNW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego (zwanych dalej „**Rodzina**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 Rodzina w związku z § 2 Rodzina; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 Rodzina; § 19 OWU w związku z § 6 Rodzina.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 Rodzina; § 3 pkt d tiret ii Rodzina; § 4 Rodzina; § 5 Rodzina; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „UNW”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „OWU”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 UNW w związku z § 2 UNW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 UNW; § 19 OWU w związku z § 6 UNW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 UNW; § 3 pkt b UNW; § 5 UNW; § 6 ust. 4-8 UNW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwanym dalej „UZU”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „OWU”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2 UZU; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 UZU; § 19 OWU w związku z § 6 UZU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 UZU; § 3 pkt c UZU; § 5 UZU; § 6 ust. 4, 6 UZU; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą (zwanym dalej „**TNP**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 TNP w związku z § 2 TNP; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 TNP; § 19 OWU w związku z § 6 TNP.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 TNP; § 3 ust.1 pkt b-c oraz ust. 2 pkt b TNP; § 5 TNP; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach (zwanych dalej „**TINW**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 TINW w związku z § 2 TINW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 TINW; § 19 OWU w związku z § 6 TINW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 TINW; § 3 pkt c-d TINW; § 5 TINW; § 6 ust. 5, 6 TINW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego (zwanych dalej „**PCH**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 4 PCH w związku z § 2 oraz § 3 PCH; § 13 i § 14 OWU w związku z § 5 PCH; § 19 OWU w związku z § 7 PCH.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PCH; § 3 PCH; § 5 PCH; § 6 PCH; § 7 ust. 3, 4 PCH; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka (zwanym dalej „**PCHM**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 4 PCHM w związku z § 2 oraz § 3 PCHM; § 13 i § 14 OWU w związku z § 5 PCHM; § 19 OWU w związku z § 7 PCHM.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PCHM; § 3 PCHM; § 5 PCHM; § 6 PCHM; § 7 ust. 3, 4 PCHM; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka (zwanych dalej „**PCHD**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 4 PCHD w związku z § 2 oraz § 3 PCHD; § 13 i § 14 OWU w związku z § 5 PCHD; § 19 OWU w związku z § 7 PCHD.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PCHD; § 3 PCHD; § 5 PCHD; § 6 PCHD; § 7 ust. 3, 4 PCHD; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych (zwanych dalej „**OCH**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 OCH w związku z § 2 OCH; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 OCH; § 19 OWU w związku z § 6 OCH.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 OCH; § 4 OCH; § 5 OCH; § 6 ust. 3-5 OCH; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanym dalej „**PSU**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 PSU w związku z § 2 PSU; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 PSU; § 19 OWU w związku z § 6 PSU.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PSU; § 4 PSU; § 5 PSU; § 6 ust. 2, 4-10 PSU; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka (zwanych dalej „**PSM**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2 PSM; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 PSM; § 19 OWU w związku z § 6 PSM.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PSM; § 4 PSM; § 5 PSM; § 6 ust. 2, 4-7 PSM; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka (zwanym dalej „**PSD**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 PSD w związku z § 2 PSD; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 PSD; § 19 OWU w związku z § 6 PSD.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PSD; § 4 PSD; § 5 PSD; § 6 ust. 2, 4-7 PSD; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego (zwanym dalej „**LSP**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 4 LSP w związku z § 2 oraz § 3 LSP; § 13 i § 14 OWU w związku z § 5 LSP; § 19 OWU w związku z § 7 LSP.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 LSP; § 3 LSP; § 5 LSP; § 6 LSP; § 7 ust. 3, 4 LSP; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka (zwanych dalej „**OD**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 OD w związku z § 2 OD; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 OD; § 19 OWU w związku z § 6 OD.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 OD; § 4 OD; § 5 OD; § 19 ust. 7, 8 OWU.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „**PUNW**”) rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU**”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 PUNW w związku z § 2 PUNW; § 13 i § 14 OWU w związku z § 4 PUNW; § 19 OWU w związku z § 6 PUNW.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 PUNW; § 3 pkt b PUNW; § 4 ust. 2 PUNW; § 5 PUNW; § 6 ust. 4-6 PUNW; § 19 ust. 7, 8 OWU.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „PAKIEŃ DLA FIRMY”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

§ 2. DEFINICJE

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

1. **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument przekazywany Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego, potwierdzający m.in. datę objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wysokości Sum ubezpieczenia danego Ubezpieczonego;
2. **Data zatrudnienia** – data nawiązania stosunku pracy albo data zawarcia pierwszej umowy cywilnoprawnej pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym pod warunkiem ciągłego trwania tego stosunku lub tej umowy w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia i pod warunkiem że nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia;
3. **Małżonek** – osoba, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Pracownikiem objętym ochroną ubezpieczeniową w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
4. **Miesiąc polisowy** – okres jednego miesiąca liczony odpowiednio od pierwszego lub piętnastego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym została zawarta Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
5. **Okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony przez wskazane w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” datę początku i datę końca odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
6. **Partner Życiowy** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Pracownikiem objętym ochroną ubezpieczeniową i niepozostająca w związku małżeńskim, zgłoszona przez Ubezpieczonego we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w innym formularzu spełniającym wymagania Unum, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczony może zgłosić do ubezpieczenia Partnera Życiowego tylko jeden raz w okresie kolejnych 36 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” i pod warunkiem że sam Ubezpieczony nie pozostaje w innym formalnym związku małżeńskim. Pierwsza zmiana Partnera Życiowego możliwa jest po 36 miesiącach od poprzedniego wskazania. Partnerem Życiowym nie może być osoba spokrewniona z Ubezpieczonym;
7. **Pełnoletnie Dziecko** – dziecko objętego ochroną ubezpieczeniową Pracownika własne lub przysposobione w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które ukończyło 18 lat;
8. **Poprzednia umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, która obowiązywała u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” i która to umowa została skutecznie rozwiązana przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
9. **Potwierdzenie „Pakiet dla Firmy”** – doręczany Ubezpieczającemu dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
10. **Pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie stosunku pracy lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile stosunek pracy lub umowa z Ubezpieczającym trwa w sposób ciągły i nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia. W rozumieniu OWU Pakiet dla Firmy oraz Warunków umów dodatkowych za Pracownika uznaje się także Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną (zwanego dalej „Właścicielem”);
11. **Prolongata płatności** – liczba dni, o którą Unum odroczyła opłacenie Składki, liczona od dnia następującego po upływie terminu płatności;
12. **Rok ubezpieczenia** – okres pierwszych dwunastu Miesięcy polisowych, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, oraz każdy kolejny taki okres, liczony od upływu poprzedniego okresu;
13. **Składka** – kwota określona w Specyfikacji polisy przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość oraz częstotliwość opłacania Składki za danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” podane są w Specyfikacji polisy;
14. **Specyfikacja polisy** – doręczany Ubezpieczającemu dokument określający warunki Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zakres ubezpieczenia, uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wysokość Sum ubezpieczenia, Świadczeń oraz wysokość Składek;
15. **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Specyfikacji polisy, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
16. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach (o ile taki sposób wypłaty przewiduje Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”), dokonana na rzecz Ubezpieczonego, Uposażonego lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia zgodnie z Umową ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
17. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną oraz która zawarła Umowę ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zobowiązana do opłacania Składek;
18. **Ubezpieczony** – osoba, która została objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
19. **Umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie Warunków umowy dodatkowej, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy podstawowej o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe, zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z Umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez Unum, a jej zawarcie jest potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
20. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana na podstawie OWU Pakiet dla Firmy pomiędzy Unum a Ubezpieczającym. Umowa podstawowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego, a jej zawarcie jest potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
21. **Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Unum na podstawie OWU Pakiet dla Firmy oraz Warunków umów dodatkowych, z tytułu której Unum udziela ochrony ubezpieczeniowej;
22. **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
23. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
24. **Warunki umów dodatkowych** – warunki ubezpieczenia, na podstawie których są zawierane Umowy dodatkowe, stanowiące integralną część Umów dodatkowych;

25. **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
26. **Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia** – formularz Unum lub inny dokument spełniający wymagania Unum, zawierający oświadczenie woli przystąpienia do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, złożony przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz inne złożone przez nią oświadczenia i zgody, a także oświadczenia i zgody złożone przez Ubezpieczającego;
27. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wskazane w OWU Pakiet dla Firmy lub Warunkach umów dodatkowych;
28. **Zdolność ubezpieczeniowa** – potwierdzone przez Unum uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy podstawowej zawartej na podstawie OWU Pakiet dla Firmy jest śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy podstawowej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego oraz inne Zdarzenia ubezpieczeniowe określone w Warunkach umów dodatkowych, co zostanie potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Zakres oraz warunki Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, a szczególnie wysokość Sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych oraz wysokość Składek, zostaną określone w Specyfikacji polisy i potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

1. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” Unum przekazuje Ubezpieczającemu OWU Pakiet dla Firmy oraz Warunki umów dodatkowych.
2. Umowę ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zawiera się pod warunkiem osiągnięcia limitu wskazanego w § 15 ust. 1, opłacenia Składki przez Ubezpieczającego oraz dostarczenia do Unum przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”:
 - a) kopii Specyfikacji polisy podpisanej przez Ubezpieczającego;
 - b) dokumentu potwierdzającego opłacenie Składki w należnej wysokości;
 - c) oryginałów prawidłowo wypełnionych Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia osób, które mają zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
 - d) listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, sporządzonej na formularzu Unum;
 - e) kopii odpisu z właściwego rejestru lub ewidencji działalności gospodarczej, do której wpisany jest Ubezpieczający;
 - f) innych dokumentów wskazanych przez Unum.
3. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zostanie zawarta:
 - a) z piętnastym dniem danego miesiąca kalendarzowego, jeżeli warunki określone w ust. 2 powyżej zostały spełnione nie później niż czternastego dnia tego miesiąca kalendarzowego, albo
 - b) z pierwszym dniem kolejnego miesiąca kalendarzowego, jeżeli warunki określone w ust. 2 powyżej zostały spełnione od piętnastego do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
4. Jeżeli dokumenty wymienione w ust. 2 powyżej zostały wypełnione nieprawidłowo lub są niekompletne, Unum w ciągu 5 dni roboczych od daty ich otrzymania zwróci się do Ubezpieczającego na piśmie o uzupełnienie brakującej dokumentacji w wyznaczonym terminie. Po bezskutecznym upływie 30 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu przez Unum wyżej wskazanego pisma przyjmuje się, że Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” nie zostanie zawarta z woli Ubezpieczającego.

5. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową może nastąpić na podstawie Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych wymaganych przez Unum dokumentów wypełnionych i podpisanych przez Ubezpieczonego oraz Ubezpieczającego nie wcześniej niż na 30 dni przed wnioskowaną datą objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Unum.
6. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” Unum może wymagać od Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, jak również może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
7. Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” i potwierdzenie odpowiedzialności Unum następuje po spełnieniu warunków, o których mowa w § 13 oraz § 14.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

1. Umowę ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” jako początek Okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku wątpliwości Umowę ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu przez Unum Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy”. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może rozpocząć się innego dnia niż dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
3. Jeżeli w odpowiedzi na treść dokumentów, o których mowa w § 4 ust. 2 dostarczonych przez Ubezpieczającego, Unum doręczy Ubezpieczającemu Potwierdzenie „Pakiet dla Firmy”, zawierające postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku, Unum zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” i wyznaczyć co najmniej 7-dniowy termin zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” będzie zawarta zgodnie z warunkami, o które wnioskował Ubezpieczający przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”. W razie braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” dochodzi do skutku zgodnie z treścią Specyfikacji polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
4. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z zastrzeżeniem że oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” lub przedłużenia jej na zmienionych warunkach zostanie złożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 5.
5. Przystąpienie przez Ubezpieczonego do Umowy dodatkowej jest możliwe wyłącznie w przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy podstawowej.
6. Umowy dodatkowe mogą być zawarte w dniu zawarcia Umowy podstawowej lub w terminie późniejszym, uzgodnionym pomiędzy Unum a Ubezpieczającym.
7. W przypadku rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Specyfikacji polisy a postanowieniami OWU Pakiet dla Firmy bądź Warunkami umów dodatkowych pierwszeństwo mają postanowienia Specyfikacji polisy.

§ 6. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” poprzez złożenie do Unum pisemnego

oświadczenia w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” Unum zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym Unum ma prawo zatrzymać część Składki należnej za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY” I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

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

§ 8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

1. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może zostać rozwiązana przez Ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” rozpoczyna się z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po dniu, w którym Unum otrzymało oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
2. Umowę ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłacaniu Składki i ulega rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 4.
3. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” ulega rozwiązaniu także w przypadku określonym w § 15 ust. 2.
4. Z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” ulega rozwiązaniu Umowa podstawowa oraz wszystkie Umowy dodatkowe obowiązujące w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.

§ 9. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” wymaga:
 - a) uzgodnień pomiędzy stronami, potwierdzonych w formie pisemnej;
 - b) gdy zmiana jest niekorzystna dla Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego – uprzedniej zgody Ubezpieczonego.
2. Unum przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” przekazuje Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” lub zmianie prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
4. Przed upływem każdego Roku ubezpieczenia, zgodnie z aktualnymi danymi o Ubezpieczonych, Unum ustala zakres ubezpieczenia, wysokość Sum ubezpieczenia i Składek, które będą obowiązywały w kolejnym Roku ubezpieczenia. Informację

o tych ustaleniach Unum przekazuje Ubezpieczającemu w formie pisemnej najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia. Odmowa przyjęcia zaproponowanych warunków, złożona przez Ubezpieczającego w formie pisemnej nie później niż w pierwszym dniu kolejnego Roku ubezpieczenia, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” na kolejny Rok ubezpieczenia.

5. Nie później niż na 30 dni przed upływem każdego Roku ubezpieczenia Ubezpieczający poprzez złożenie wniosku i pod warunkiem akceptacji tego wniosku przez Unum może zmieniać warunki Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

§ 10. ZOBOWIĄZANIA STRON UMOWY UBEZPIECZENIA „PAKIET DLA FIRMY”

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

4. Przeniesienie praw i obowiązków Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 3 powyżej, wymaga uprzedniej zgody Unum i potwierdzenia na piśmie, pod rygorem nieważności.

§ 11. SKŁADKA

1. Składka z tytułu Umowy podstawowej i Umów dodatkowych jest kalkulowana na podstawie Sum ubezpieczenia i uzależniona jest od dokonanej przez Unum oceny ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o Wiek Ubezpieczonego, jego stan zdrowia, rodzaj wykonywanej pracy, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz liczbę osób zgłoszonych do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”. Składka uzależniona jest również od okresów ograniczenia odpowiedzialności.
2. Składka może być opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Wysokość Składki oraz termin płatności i częstotliwość jej opłacania określone są w Specyfikacji polisy.
3. Składki należne za wszystkich Ubezpieczonych z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” powinny być płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Unum wskazany w Specyfikacji polisy.
4. Składkę uważa się za opłaconą w dacie uznania rachunku bankowego Unum.
5. Ubezpieczający najpóźniej w dniu poprzedzającym datę zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” przesyła do Unum w formie wydruku i w wersji elektronicznej, a następnie nie później niż w ostatnim dniu Miesiąca polisowego bezpośrednio poprzedzającego okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przesyła w wersji elektronicznej zestawienie według wzoru uzgodnionego z Unum – określające listę Ubezpieczonych oraz kwotę Składki odprowadzonej na rzecz każdego z nich.
6. Jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego tytułem Składki jest niższa od wysokości Składki należnej i równej sumie Składek za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, przyjmuje się, że Składka nie została opłacona.
7. Obowiązek terminowego opłacania Składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” przez cały okres trwania odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” spoczywa na Ubezpieczającym.
8. W przypadku zaległości w opłacaniu Składek wpłacane kolejne kwoty zostaną przeznaczone na pokrycie poprzednich zaległych Składek.

§ 12. PROLONGATA

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

§ 13. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest osoba, która łącznie spełnia następujące warunki:
 - a) ukończyła 16 lat i nie ukończyła 66 lat;
 - b) jest Pracownikiem albo Małżonkiem, Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem Pracownika;

- c) w dniu wyrażenia zgody na udzielenie przez Unum ochrony ubezpieczeniowej i podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do niej nie orzeczono niezdolności do pracy;
- d) udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 poniżej, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz o ile w Specyfikacji polisy nie zastrzeżono inaczej.
2. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba spełniająca warunki uprawniające do objęcia ochroną, określone w ust. 1 powyżej, która – przed dniem objęcia ochroną – wyraziła zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej przez Unum na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, w tym na wysokość Sum ubezpieczenia, podpisała Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia, a następnie została umieszczona na liście osób przystępujących do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki za tego Ubezpieczonego przed upływem terminu płatności Składki, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. Przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową Unum może wymagać od Ubezpieczonego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny Zdolności ubezpieczeniowej, jak również może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
4. Unum zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową lub zaproponowania odmiennych warunków udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie informacji lub wyników badań, o których mowa w ust. 3 powyżej. Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową na odmiennych warunkach, jeżeli wyrazi zgodę na zaproponowane zmiany.
5. Osoba, która nie spełnia warunków wskazanych w ust. 1 powyżej, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Osoby, które nie spełniają warunku wskazanego w ust. 1 pkt c powyżej, nabywają uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po zakończeniu odpowiednio zwolnienia lekarskiego, pobytu w szpitalu, pobytu w hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym, urlopu związanego z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopu bezpłatnego, pobierania zasiłku rehabilitacyjnego, po utracie prawa do świadczenia z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy.
7. Za dzień nabycia przez Pracownika uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową uważa się późniejszą z dat: datę zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” lub pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego po Dacie zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
8. Za dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Małżonka, Partnera Życiowego lub Pełnoletnie Dziecko uważa się późniejszą z dat:
 - a) dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Pracownika lub
 - b) pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego po:
 - i. miesiącu, w którym został zawarty związek małżeński – w przypadku Małżonka,
 - ii. miesiącu, w którym nastąpiło osiągnięcie pełnoletniości – w przypadku Pełnoletniego Dziecka,
 z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
9. Jeżeli Data zatrudnienia, data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku Małżonka) lub data osiągnięcia pełnoletniości (w przypadku Pełnoletniego Dziecka) przypada na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, wówczas za dzień nabycia uprawnienia uważa się ten dzień.
10. Ochroną ubezpieczeniową nie zostanie objęty Małżonek, Partner Życiowy ani Pełnoletnie Dziecko Pracownika, jeżeli dany Pracownik nie został objęty ochroną ubezpieczeniową.

11. Osoba, za którą nie została opłacona Składka, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.

§ 14. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM W ODNIESIENIU DO UBEZPIECZONEGO

1. Odpowiedzialność Unum w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w Certyfikacie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 13.
2. Odpowiedzialność Unum w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem kończy się:
 - a) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony ukończył 67 lat;
 - ii. pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym ustał stosunek pracy albo umowa cywilnoprawna, na podstawie której Ubezpieczający zatrudniał Ubezpieczonego, została rozwiązana;
 - iii. Ubezpieczony rozpoczął urlop bezpłatny dłuższy niż jeden miesiąc kalendarzowy;
 - iv. Ubezpieczony rozpoczął urlop wychowawczy;
 - v. Ubezpieczony został oddelegowany do służby wojskowej;
 - b) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
 - c) w przypadku niezapłacenia Składki do końca okresu, o którym mowa w § 12 ust. 3;
 - d) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - e) z końcem Miesiąca polisowego, w którym Unum otrzymało oświadczenie Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
 - f) w dniu upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - g) w dniu odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, o czym mowa w § 6.
3. Odpowiedzialność Unum w stosunku do Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem Ubezpieczonego będącego Pracownikiem kończy się:
 - a) w dniu zakończenia odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem,
 - b) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony będący Małżonkiem albo Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem ukończył 67 lat;
 - ii. ustał związek małżeński pomiędzy Ubezpieczonym będącym Pracownikiem a Ubezpieczonym będącym Małżonkiem;
 - iii. Ubezpieczony będący Pracownikiem wskazał inną osobę jako Partnera Życiowego;
 - c) w dniu śmierci Ubezpieczonego będącego Małżonkiem, Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem.
4. Odpowiedzialność Unum z tytułu danej Umowy dodatkowej kończy się:
 - a) w dniu rozwiązania Umowy podstawowej albo
 - b) w dniu rozwiązania danej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 powyżej.
5. W przypadku zakończenia urlopu bezpłatnego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” rozpoczyna się po spełnieniu warunków, o których mowa w § 13, z zastrzeżeniem że jeżeli ponowne złożenie przez Ubezpieczonego Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia nastąpi przed początkiem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym nastąpił powrót do pracy w związku z zakończeniem urlopu bezpłatnego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy, wówczas na potrzeby ustalenia okresów ograniczenia odpowiedzialności określonych w Warunkach umów dodatkowych oraz stosowania ograniczenia odpowiedzialności dotyczącego samobójstwa zgodnie z § 18 uwzględnia się okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednio przed początkiem urlopu bezpłatnego.

§ 15. WYMAGANIA UCZESTNICTWA

1. Specyfikacja polisy określa minimalny limit osób, które spełniają warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wymagany przez Unum do zawarcia i trwania Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”. W przypadku gdy do dnia wskazanego w Specyfikacji polisy minimalny limit nie zostanie spełniony, Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” nie zostanie zawarta.
2. Jeżeli w ostatnim dniu Roku ubezpieczenia nie zostaną spełnione warunki, o których mowa w ust. 1 powyżej, Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym Ubezpieczający otrzymał od Unum zawiadomienie o niespełnieniu tych warunków.

§ 16. ZMIANA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. O ile strony wyrażą zgodę na podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach obowiązujących warunków wynikających z Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującego zakresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego jest możliwe po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do podwyższenia Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3 i ust. 4 poniżej, i wymaga złożenia przez Ubezpieczonego, za pośrednictwem Ubezpieczającego, pisemnego wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia.
2. Spełnienie warunków, o których mowa w ust. 1 powyżej, powoduje podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach dotychczasowego zakresu ubezpieczenia, ze skutkiem od pierwszego dnia kolejnego Miesiąca polisowego pod warunkiem, że wniosek o zmianę Sumy ubezpieczenia został złożony do Unum przed rozpoczęciem tego kolejnego Miesiąca polisowego i został zaakceptowany przez Unum, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach obowiązującego dotychczas zakresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego możliwe jest w przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu podpisania wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia nie przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do których nie orzeczono niezdolności do pracy.
4. Przed wyrażeniem zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia Unum może wymagać od Ubezpieczonego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny Zdolności ubezpieczeniowej, jak również może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
5. W przypadku wskazanym w ust. 4 powyżej Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć określone przez Unum dokumenty potwierdzające Zdolność ubezpieczeniową.

§ 17. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

1. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, w ramach których przedmiotem ubezpieczenia jest śmierć Ubezpieczonego, przysługuje Uposażonemu.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych oraz dokonać ich zmiany lub odwołania.
3. Wskazanie, zmiana lub odwołanie Uposażonego staje się skuteczne z dniem otrzymania przez Unum pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, ale nie podał ich udziału w kwocie Świadczenia, udziały te uznaje się za równe.
5. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jednocześnie z nim, jego prawa wygasają i udział danego Uposażonego zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do ich udziału w Sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.

6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnych Uposażonych, odwołał wcześniej wskazanych Uposażonych lub prawa Uposażonego wygasły z powodów określonych w ust. 5 powyżej, Świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom;
 - 3) rodzicom;
 - 4) rodzeństwu.
7. Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności w ust. 6 powyżej wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczane do kolejnej grupy. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują Świadczenia w równych częściach.

§ 18. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

§ 19. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej przedmiotem ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Unum, z zastrzeżeniem § 18.
2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego będącego przedmiotem ubezpieczenia na podstawie Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” powinno być złożone bez zbędnej zwłoki, w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Unum.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum poinformuje Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Unum lub wysokości Świadczenia.
4. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne są przeprowadzane w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Unum może uchylić się od wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, wskazanych w Warunkach umów dodatkowych, oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 4 powyżej.
6. W celu zbadania okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także ustalenia prawa do Świadczenia Unum zastrzega sobie prawo wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych o udzielenie dodatkowych informacji dotyczących okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.

7. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Unum wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum zapytywało we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz w innych dodatkowych pismach niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W razie niedopełnienia powyższego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Unum nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości. Jeżeli powyższy obowiązek nie został dopełniony z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Unum.
8. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Unum nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
9. Unum wypłaci Świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Unum.
10. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Unum albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Unum wypłaci w terminie określonym w ust. 9 powyżej.
11. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej konieczne jest przedstawienie Unum następujących dokumentów:
 - a) prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginału skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) karty zgonu lub jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - d) kopii dokumentów tożsamości Uposażonych albo innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności wypłaty Świadczenia na wniosek Unum.
12. Podstawą ustalenia odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy podstawowej jest komplet wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, o których mowa w ust. 11 powyżej. W przypadku ich braku Unum może uchylić się od wypłaty Świadczenia.
13. W przypadku odmowy przez Unum wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” w całości lub części Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia może złożyć odwołanie do Unum, które zostanie rozpatrzone w trybie rozpatrywania skarg i reklamacji określonym w § 21.
14. W przypadku przedstawienia kopii dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 11 powyżej oraz w Warunkach umów dodatkowych kopie te powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza albo instytucję, która wydała dokument, albo przez osoby upoważnione przez Unum.
15. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia zobowiązana jest do dostarczenia do Unum dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do Świadczenia przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Unum nie pokrywa kosztów tłumaczenia.

§ 20. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem z powodów, o których mowa w § 14 ust. 2 pkt ii, iii lub iv, Ubezpieczony będący Pracownikiem, a także jego Małżonek albo Partner Życiowy, lub Pełnoletnie Dziecko może zawrzeć z Unum umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie bez udokumentowania Zdolności ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.

2. Warunkiem zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie bez konieczności udokumentowania zdolności ubezpieczeniowej jest łączne spełnienie przez Ubezpieczonego następujących warunków:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego udzielana z tytułu Umowy podstawowej przez Unum trwała nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy, do którego to okresu, pod warunkiem zachowania ciągłości, zaliczony zostanie okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego;
 - b) pisemny wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie został złożony przed upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
 - c) zapłata pierwszej składki z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie zostanie dokonana przed upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie może zostać zawarta w jednej z form zaproponowanych przez Unum, a składka ubezpieczeniowa zostanie wyliczona w oparciu o aktualny Wiek Ubezpieczonego i klasę ryzyka obowiązującą na dzień zawarcia tej umowy. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie będzie potwierdzone polisą.
4. Maksymalna suma ubezpieczenia określona w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy podstawowej w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni od dnia nabycia przez Ubezpieczonego uprawnienia do zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w ust. 1 powyżej Unum wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej, nawet jeżeli z Ubezpieczonym nie została zawarta umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie.
6. W przypadku zawarcia przez Ubezpieczonego umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie ponowne objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może nastąpić nie wcześniej niż z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego po dniu rozwiązania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie i po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków, o których mowa w § 13, oraz po zweryfikowaniu przez Unum Zdolności ubezpieczeniowej.
7. Ponowne przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” bez rozwiązania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub bez poddania się weryfikacji medycznej staje się bezskuteczne. Unum dokona wówczas zwrotu Składek wpłaconych z tego tytułu.
3. W przypadku gdy odpowiedź Unum nie będzie satysfakcjonująca, wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego lub do Komisji Nadzoru Finansowego, której nadzorowi podlega Unum. Dodatkowo konsument ma prawo zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
4. W przypadku sporu sprawa może zostać skierowana do pozasądowego postępowania prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: www.rf.gov.pl) lub na drogę sądową.

§ 22. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia, dotyczące Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, powinny być składane na piśmie.
2. Unum, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować o każdej zmianie adresu korespondencyjnego.
3. Pisma skierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego wysyłane są na ich ostatni znany Unum adres korespondencyjny.
4. Osoby uprawnione z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” nie mogą przenieść swych uprawnień wobec Unum na rzecz osób trzecich bez uprzedniej pisemnej zgody Unum.
5. Jakikolwiek podatek i opłaty związane ze Świadczeniem, jeżeli są lub będą wymagane, nie obciążają Unum. Opodatkowanie Świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” regulują właściwe przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych (jeśli Świadczenie przypada osobie fizycznej) oraz o podatku dochodowym od osób prawnych (jeśli Świadczenie przypada osobie prawnej). Przepisy te mogą podlegać zmianom, na które Unum nie ma wpływu.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, jak również spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
7. Unum ujawnia sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na swojej stronie internetowej pod adresem www.unum.pl.
8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU Pakiet dla Firmy, Warunkami umów dodatkowych lub Umową ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, które jest prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
9. Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.

§ 21. SKARGI I REKLAMACJE

1. Skargi lub reklamacje dotyczące usług świadczonych przez Unum mogą być składane w następujący sposób:
 - a) w formie pisemnej:
 - i. korespondencyjnie na adres siedziby lub oddziału Unum;
 - ii. osobiście w siedzibie lub oddziale Unum;
 - b) ustnie: pod numerem tel. 800 33 55 33 albo osobiście w siedzibie lub oddziale Unum;
 - c) w formie elektronicznej na adres e-mail: kontakt@unum.pl.
2. Umocowany pracownik Unum rozpatrzy i udzieli pisemnej odpowiedzi na skargę lub reklamację bez zbędnej zwłoki, jednakże nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wskazanym terminie, Unum poinformuje osobę składającą skargę lub reklamację o przyczynach niedotrzymania terminu, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla jej rozpatrzenia, oraz wskaże nowy termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub reklamację, nie dłuższy jednak niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Helena Gosk



Wiceprezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu ŚNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚNW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli śmierć na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazane w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopie dokumentów tożsamości Uposażonych lub innych osób uprawnionych do Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu ŚWK”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚWK stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu ŚWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu ŚWK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
 - b) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające

bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków Pakietu ŚWK Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli śmierć na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚWK.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚWP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚWP stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

- b) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
 - i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego na rzecz pracodawcy w ramach stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem wyżej wskazanych czynności lub poleceń;
 - ii. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej;
 - iii. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tiret i powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie

Warunków Pakietu ŚWP jest śmierć Ubezpieczonego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWP rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku w pracy;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- d) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
- e) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, regulaminu pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Wypadku w pracy, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚWP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę, protokoły BHP) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚZU stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

dokumentacją medyczną (np. karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, wynik badania EKG, dokumentacja medyczna z procesu diagnostyki i leczenia choroby niedokrwiennej serca).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierci na skutek udaru mózgu był odpowiednio zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu;
- b) zarówno zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu, jak i śmierć nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚZU rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚZU nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu nastąpiła bezpośrednio w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobami, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego lub, z powodu których u Ubezpieczonego

postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚZU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, liczony jest od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego pod warunkiem, że choroby pozostające w związku przyczynowo-skutkowym z zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu będącym przyczyną śmierci Ubezpieczonego zostały zdiagnozowane lub z powodu których u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze zostało rozpoczęte w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i pod warunkiem że umowa dotycząca śmierci ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚZU.
3. Postanowienia zawarte w ust. 2 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania

ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zdiagnozowania zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚZU.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚZU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci (np. protokół badania sekcijnego, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, wynik badania EKG, dokumentacja medyczna z procesu diagnostyki i leczenia choroby niedokrwiennej serca);
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu ŚMP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚMP stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca śmierci małżonka albo partnera życiowego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 67 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami Pakietu ŚMP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚMPNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚMPNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW rozpoczyna się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 67 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka lub Partnera Życiowego w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego, niezależnie od stanu jego poczytalności, samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na Warunkach Pakietu ŚMPNW;
- c) pozostawania przez Małżonka albo Partnera Życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, lub pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazane- go w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wy- sokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia

Nieszczęśliwego wypadku Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Specyfikacji polisy.

3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami Pakietu ŚMPNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatko- wej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW w opar- ciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokurator- rę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pa- kietu ŚD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu ŚD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu ŚD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się na- stępującą definicję:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przyspo- sobione, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe i które nie ukończyło 25 lat.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpie- czenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Wa- runków Pakietu ŚD jest śmierć Dziecka, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD rozpoczyna się na zasa- dach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż w dniu śmierci danego Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 25 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka

nastąpiła bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejsze- go paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wyso- kości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Dziecka, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚD.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatko- wej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚDNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „**Pakiet dla Firmy**” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚDNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚDNW rozpoczyna się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚDNW kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż w dniu śmierci danego Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 25 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

- a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) pozostawania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚDNW.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚDNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO PAKIETU RODZINNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu Rodzina**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „**Pakiet dla Firmy**” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu Rodzina stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu Rodzina określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu Rodzina definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę w rozumieniu Warunków Pakietu Rodzina uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka lub wdowę po ojcu Małżonka (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński) niebędącą biologiczną matką Małżonka;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma w rozumieniu Warunków Pakietu Rodzina uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka lub wdowca po matce Małżonka (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędącego biologicznym ojcem Małżonka;
 - d) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego oraz ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego. Za Rodzica w rozumieniu Warunków Pakietu Rodzina uważa się również Ojczyma lub Macochę Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka Ubezpieczonego;
 - e) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe (w przypadku Urodzenia Dziecka) lub martwe po 22. tygodniu trwania ciąży (w przypadku Urodzenia Dziecka martwego), co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia;
 - f) **Urodzenie Dziecka** – urodzenie żywego Dziecka, w stosunku do którego Ubezpieczonemu przysługuje władza rodzicielska, albo przysposobienie Dziecka przez Ubezpieczonego, o ile zdarzenia te nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum, a Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia dziecka;

- g) **Urodzenie Dziecka martwego** – urodzenie martwego Dziecka Ubezpieczonego po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone odpowiednią adnotacją w skróconym odpisie aktu urodzenia.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina jest:

- a) Urodzenie Dziecka;
 - b) Urodzenie Dziecka martwego;
 - c) śmierć Rodzica,
- które nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, oraz:
- d) śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - i. bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - ii. śmierć Rodzica nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - iii. Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Rodzica nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. W przypadku Urodzenia Dziecka albo Urodzenia Dziecka martwego odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 9 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczona będzie do wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka albo na dzień Urodzenia Dziecka martwego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
2. W przypadku śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Unum rozpoczyna się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
3. W przypadku śmierci Rodzica odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 6 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina odpowiedzialność Unum z tytułu:
 - a) Urodzenia Dziecka albo Urodzenia Dziecka martwego w terminie 9 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą;
 - b) śmierci Rodzica niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
5. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku Urodzenia Dziecka, Urodzenia Dziecka martwego albo śmierci Rodzica niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 i ust. 3 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu

Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okresy ograniczenia odpowiedzialności, o których mowa w ust. 1 i ust. 3 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.

6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca urodzenia dziecka oraz umowa dotycząca śmierci rodzica znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
7. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. Odpowiedzialność Unum w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina z tytułu śmierci Rodzica oraz z tytułu śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się na zasadach wskazanych w OWU, ale nie później niż po wypłaceniu Ubezpieczonemu czwartego Świadczenia w związku ze śmiercią Rodzica albo w związku ze śmiercią Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina z tytułu śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio w wyniku pozostawania przez Rodzica w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a i b Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka albo na dzień Urodzenia Dziecka martwego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Rodzica, określonej w Specyfikacji polisy.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt d Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Rodzica, określonej w Specyfikacji polisy.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu Rodzina.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina w oparciu o prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia oraz dodatkowo:
 - a) w przypadku Urodzenia dziecka albo Urodzenia Dziecka martwego:
 - i. odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka;
 - ii. w przypadku Urodzenia Dziecka martwego – odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe;
 - iii. w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie;
 - iv. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum;
 - b) w przypadku śmierci Rodzica albo śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - i. oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - ii. kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - iii. kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - iv. w przypadku śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku – dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - v. w przypadku śmierci Rodzica Małżonka Ubezpieczonego – oryginał aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - vi. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu UNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu UNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu UNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu UNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia

sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- b) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także Złamanie powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;
- c) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków Pakietu UNW;
- d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UNW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

- a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- 1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- 2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
- 3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jednak nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
- 4. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UNW.
- 5. W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejscowy odpowiedzialność Unum ograniczona jest

do zapłaty Świadczenia w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

- 6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
- 7. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się trwałego Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie zbilansowany stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych.
- 8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Warunkami Pakietu UNW.
- 9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
- 10. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
- 11. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
- 12. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu UNW.
- 13. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu UZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „**Pakiet dla Firmy**” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu UZU stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu UZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu UZU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków Pakietu UZU;
 - b) **Udar mózgu** – oznacza epizod mózgowo-naczyniowy, który wywołuje następstwa neurologiczne utrzymujące się ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
W odniesieniu do Udaru mózgu, za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
 - c) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm;
 - d) **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z trzech niżej wymienionych objawów:
 - i. typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
 - ii. świeżych zmian w EKG sugerujących zawał mięśnia sercowego,
 - iii. stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału mięśnia sercowego

za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Zawał mięśnia sercowego albo Udar mózgu, które spełniają warunki definicji wskazanych w § 2;
- b) Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu powodujący Uszczerbek na zdrowiu został zdiagnozowany w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- c) Uszczerbek na zdrowiu spowodowany Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu, który spowodował Uszczerbek na zdrowiu, nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU nie zostanie wypłacone także, jeżeli Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu powstał bezpośrednio w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwinną serca lub cukrzycą, które zostały zdiagnozowane lub z powodu których postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 powyżej, liczony jest od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego pod warunkiem, że choroby, o których mowa w ust. 2 powyżej, zostały zdiagnozowane lub z powodu których u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze zostało rozpoczęte w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i pod warunkiem że umowa dotycząca uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub

udar mózgu znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU.

4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
4. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu przysługuje maksymalnie za 100% Uszczerbku

na zdrowiu Ubezpieczonego. Suma Świadczeń z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

5. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu w obrębie kończyny, organu, układu lub narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udar mózgu, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone jako różnica upośledzenia danego narządu przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu i po jego wystąpieniu.
7. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum, zgodnie z Warunkami Pakietu UZU.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu TNP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu TNP stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu TNP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu TNP definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek

fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- c) **Niezdolność do pracy** – całkowita i – zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – trwała, czyli nierokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z tytułu której mógłby uzyskiwać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
- d) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - i. zdiagnozowano u Ubezpieczonego Chorobę – w przypadku Niezdolności do pracy spowodowanej Chorobą;
 - ii. wystąpił Nieszczęśliwy wypadek – w przypadku Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP jest Niezdolność do pracy Ubezpieczonego:

1. na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy był Nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - b) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego została stwierdzona w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy oraz jeżeli Niezdolność do pracy powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) obrażeń odniesionych w czasie popełniania przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00–F99).
2. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do pracy powstała bezpośrednio w wyniku Choroby, która została zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt a oraz w ust. 2 powyżej, liczony jest od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego pod warunkiem, że Choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Niezdolnością do pracy została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze zostało rozpoczęte w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i pod warunkiem że umowa dotycząca niezdolności do pracy ubezpieczonego na skutek choroby znajdowała się w zakresie ochrony w Poprzedniej umowie ubezpieczenia grupowego danego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia

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

4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu TNP.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej zasadność roszczenia;
 - c) kopię zwolnień lekarskich;
 - d) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu TINW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu TINW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

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

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW rozpoczyna się oraz kończy na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący powstanie Trwałego inwalidztwa nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- c) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie jednorazowe oraz Świadczenia w formie rat miesięcznych w wysokości ustalonej na podstawie Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Unum wypłaci Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku w formie jednorazowej. Począwszy od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia jednorazowego, pozostałą część Sumy ubezpieczenia Unum będzie wypłacać Ubezpieczonemu przez okres 5 lat, w formie rat miesięcznych, z zastrzeżeniem ust. 10 poniżej.
4. Rodzaj i stopień Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
5. Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa powstałego u Ubezpieczonego na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje maksymalnie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną w ramach niniejszej Umowy dodatkowej przy ocenie stopnia Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum, uwzględniany będzie stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejący uprzednio, a Świadczenie będzie należne w przypadku, gdy wartość procentowa orzeczonego Trwałego inwalidztwa pomniejszona o stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejących

przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego wyniesie nie mniej niż 50%.

7. W przypadku anatomicznej utraty kończyny Unum ustali prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zgodnie z Warunkami Pakietu TINW.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
- d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
- e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

10. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed zakończeniem okresu wypłaty Świadczeń w formie rat miesięcznych Unum wypłaci Uposażonemu jednorazowo Świadczenie w wysokości 75% kwoty pozostałej do wypłaty.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu PCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PCH stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. POWAŻNE CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Za Poważną chorobę Ubezpieczonego objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane i zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju *Echinococcus*. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniem parazytologicznym lub histopatologicznym zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
3. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub

Nieszczęśliwego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznej utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że Utrata wzroku utrzymywała się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.

4. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (płasawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku, gdy diagnoza została postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów płasawicznych i otępienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).
6. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie Choroby Parkinsona potwierdzone jest przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej,
 - b) zdolność do ubierania/rozbierania się,

- c) korzystanie z toalety, zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca,
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel,
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
8. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
 9. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku rozpoznania dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
 10. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się: torbiele, ropnie, zmiany ziarniniakowe, 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 dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
11. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej**, który oznacza stan chorobowy wymagający usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub z prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie (embolektomię chirurgiczną) wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.
 12. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
- Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
- a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³,
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
13. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
 14. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli

obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomowi inwazji w skali Clarka;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d) nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM [łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji];
 - e) raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.
- W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
15. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
 16. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczęcia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak: angioplastyka przezskórna, terapia laserowa czy inne metody leczenia nieoperacyjnego.
 17. Wyłącznie taką **Operację wszczęcia protezy aortalnej**, która oznacza przebiecie operacji wszczęcia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczęciu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
18. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza przebiecie operacji chirurgicznej na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 19. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
 20. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Prawo

do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej objawów:

- a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
 - b) martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów),
- a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy:
- i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masowe uszkodzenie mięszu wątroby oraz
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
21. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli diagnoza zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 22. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
 Prawo do Świadczenia zostanie przyznane po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 23. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego u Ubezpieczonego. Świadczenie jest należne, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
 - a) udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę oraz
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
 24. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
 25. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem wypłaty 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 do wypłaty Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
 26. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
 27. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie co najmniej

dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych u Ubezpieczonego:

- a) niedowładu kończyn,
 - b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
- Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Ostateczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK).
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).
- W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
28. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający u Ubezpieczonego łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych u Ubezpieczonego utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.
 29. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez łaseczki tężca (*Clostridium tetani*).
 30. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
 31. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
- W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
32. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę u Ubezpieczonego funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 33. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.
34. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą

lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych „czynności życia codziennego”:

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

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

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

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

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

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

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

Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:

- do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
- Ubezpieczony przedstawił ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
- w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów objętych zakresem ubezpieczenia:

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

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

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

- w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację medyczną, zgodną z obowiązującymi standardami medycznymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi oraz
- osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilę.

Prawo do Świadczenia nie zostanie przyznane, jeśli na dzień diagnozy choroby dostępne będą metody skutecznego leczenia AIDS lub opracowane zostaną metody zapobiegania rozwojowi AIDS w następstwie zakażenia HIV.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakiegokolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Unum musi mieć pełny dostęp do próbek krwi Ubezpieczonego oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.

42. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Ubezpieczonego przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowiczne lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
43. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
 - a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
44. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunk), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).
45. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3 w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Diagnoza danej Poważnej choroby musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ogranicza się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków

Pakietu PCH odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że dana poważna choroba ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy oraz jeżeli Poważna choroba Ubezpieczonego powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - c) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana lub, z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy

- ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, liczony jest od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego pod warunkiem, że choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, została zdiagnozowana lub postępowanie diagnostyczno-lecznicze, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, zostało rozpoczęte w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem że dana poważna choroba ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych wraz ze wskazanym zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
- ### § 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ
1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdiagnozowania Poważnej choroby u Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej. W razie zajścia następnego Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowany o Poważną chorobę, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o Poważne choroby pozostające z nią w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej choroby Ubezpieczonego wskazanej w § 3, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej zdiagnozowanej Poważnej choroby.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCH.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH w oparciu o:
- a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. kopia historii choroby, opisy wyników badań);
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed datą wypłaty należnego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia kwotę w wysokości Świadczenia należnego Ubezpieczonemu zgodnie z postanowieniami zawartymi w § 17 OWU Pakiet dla Firmy.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu PCHM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PCHM stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu PCHM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu PCHM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
- a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnej choroby Małżonka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu,

udar mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- b) **Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY MAŁŻONKA

Za Poważną chorobę Małżonką objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane i zabieg operacyjny, które zostały przeprowadzone u Małżonka w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju *Echinococcus*. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniem parazytologicznym lub histopatologicznym zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
3. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznej utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że Utrata wzroku utrzymywała się u Małżonka nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.

4. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (płasawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku, gdy diagnoza została postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów płasawiczych i ośpienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).
6. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, BPB), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie Choroby Parkinsona potwierdzone jest przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej,
 - b) zdolność do ubierania/rozbierania się,
 - c) korzystanie z toalety, zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca,
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel,
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
8. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regulą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
9. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku rozpoznania dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
10. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu, niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu

wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się: torbiele, ropnie, zmiany ziarniniakowe, 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 dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

11. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej**, który oznacza stan chorobowy wymagający usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie (embolektomię chirurgiczną) wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.
12. Wyłącznie taką **Niedokrwiłość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwiłości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.

Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:

 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³,
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
13. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
14. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

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

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
15. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi

- koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
16. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak: angioplastyka przezskórna, terapia laserowa czy inne metody leczenia nieoperacyjnego.
 17. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przebieg operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
 18. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza przebieg operacji chirurgicznej na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po rozpoczęciu odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
 19. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Małżonka wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
 20. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Małżonka wszystkich wymienionych niżej objawów:
 - a) szybkie zmniejszanie się wątroby,
 - b) martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Małżonka wykazują następujące cechy:
 - i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miększu wątroby oraz
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
 21. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli diagnoza zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 22. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Małżonka do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
 Prawo do Świadczenia zostanie przyznane po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 23. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego u Małżonka. Świadczenie jest należne, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
 - a) udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 8 godzin na dobę oraz
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
 24. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
 25. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem wypłaty 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 do wypłaty Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako Ropień mózgu.
 26. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
 27. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych u Małżonka:
 - a) niedowładu kończyn,
 - b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
 Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Ostateczne rozpoznanie stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe). W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
 28. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający u Małżonka łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych u Małżonka utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.

29. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci ogólniczej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
30. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
31. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowo związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
32. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę u Małżonka funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
33. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.
34. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Małżonek przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych „czynności życia codziennego”:
- a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym, w stosownych przypadkach, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
 - f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.
- Stan, o którym mowa powyżej, musi być uznany przez lekarza za trwały.
35. Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie całkowitej Utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli). Prawo do Świadczenia nie zostanie przyznane, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Małżonek może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczęciu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
36. Wyłącznie takie **Wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które oznacza postać choroby wrzodzącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i z powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszy im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie musi opierać się na wynikach badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.
37. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny (*Rabies virus*).
38. Wyłącznie taki **Zaawansowany stan otępienny (w tym chorobę Alzheimer)**, który oznacza rozpoznanie u Małżonka choroby Alzheimer lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimer to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości.
Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli zostaną spełnione u Małżonka wszystkie wymienione niżej warunki, takie jak:
- a) trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - b) istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimer lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;
 - c) konieczność sprawowania stałego nadzoru nad Małżonkiem, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.
- Wymienione powyżej dysfunkcje muszą pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą Alzheimer lub otępieniem innego rodzaju.
39. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwicze zapalenie trzustki), czyli agresywną postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwiczych. Warunkiem przyznania prawa do Świadczenia jest potwierdzenie martwicy trzustki na podstawie wyniku tomografii komputerowej (TK) oraz potwierdzenie zakażenia w oparciu o dodatni wynik badania bakteriologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) trzustki.
40. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w wyniku:
- a) kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Małżonka zwykłych obowiązków zawodowych;
 - b) zranienia podczas wykonywania przez Małżonka zwykłych obowiązków zawodowych.
- Prawo do Świadczenia zostanie przyznane jeżeli zostały spełnione następujące warunki:
- a) do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Małżonka obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego;
 - b) w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
 - c) Małżonek przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych

przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;

- d) w organizmie Małżonka wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów objętych zakresem ubezpieczenia:

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

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

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

- a) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi oraz

- b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.

Prawo do Świadczenia nie zostanie przyznane, jeśli na dzień diagnozy choroby dostępne będą metody skutecznego leczenia AIDS lub opracowane zostaną metody zapobiegania rozwojowi AIDS w następstwie zakażenia HIV.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakkolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Unum musi mieć pełny dostęp do próbek krwi Małżonka oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.

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

- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

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

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

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania

uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

44. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunk), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).
45. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM jest zdiagnozowanie u Małżonka którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3 w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Diagnoza danej Poważnej choroby Małżonka musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Małżonka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie Świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że dana poważna choroba małżonka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum

ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Małżonka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 67 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Małżonka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) pozostawania przez Małżonka w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Małżonka, z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Małżonka w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Małżonka w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o których mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, liczony jest od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem że choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, została zdiagnozowana lub postępowanie diagnostyczno-lecznicze, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, zostało rozpoczęte u Małżonka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem że dana poważna choroba małżonka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdiagnozowania Poważnej choroby Małżonka, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej. W razie zajścia następnego Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowany o Poważną chorobę Małżonka, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o Poważne choroby Małżonka pozostające z nią w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej choroby Małżonka wskazanej w § 3, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej zdiagnozowanej Poważnej choroby Małżonka.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCHM.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Małżonka (np. kopia historii choroby, opisy wyników badań);
 - d) aktualny odpis skrócony aktu małżeństwa;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
7. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Małżonka na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 6 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 7 powyżej.
9. Jeżeli Małżonek odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 7 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Świadczenia Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu PCHD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „**Pakiet dla Firmy**” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PCHD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. POWAŻNA CHOROBA DZIECKA

Za Poważną chorobę Dziecka objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane i zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Dziecka w okresie udzielania ochrony Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i spełniają definicje wskazane poniżej:

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

krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), nieulegająca poprawie pomimo stosowania leczenia.

4. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, 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.
5. Wyłącznie taką **Cukrzycę**, która oznacza cukrzycę typu 1 (insulinozależną) wymagającą leczenia insuliną ze względu na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej 3 miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa.
6. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza dystrofię mięśni typu Duchenne’a – postępujące zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśniowych o nieznanym podłożu. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza neurologa i potwierdzona wynikami badań biochemicznych, elektromiografii i biopsji mięśni.
7. Wyłącznie takie **Łagodne guzy mózgu**, które oznaczają niezłośliwe wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu nowotwory mózgu wymagające usunięcia, a w razie zaniechania operacji skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego, konieczne jest potwierdzenie wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI), arteriografia i opinią neurologa lub neurochirurga. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) malformacje naczyń; b) nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie); c) torbiele; d) guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm.
8. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego skutkującą niedokrwistością, neutropenią i trombocytopenią (małopłytkowością). Rozpoznanie musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli zostaną stwierdzone dwa z wymienionych poniżej 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.
9. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki.
10. Wyłącznie taką **Niewydolność wątroby**, która oznacza krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji, poprzedzone co najmniej 6-miesięcznym okresem trwania choroby będącej przyczyną niewydolności. Rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną oraz występowaniem jednego z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusze i powiększenie śledziony;
 - b) marskość wątroby;

- c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wątrobowa.
11. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy, potwierdzony na podstawie badania histopatologicznego przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. W rozumieniu Warunków Pakietu PCHD za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
- a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2 lub CIN-3;
 - b) czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.;
 - c) nadmiernego rogowacenia (*hyperkeratosis*), raka podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry;
 - d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
12. Wyłącznie takie **Oparzenia**, które oznaczają oparzenia III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała ocenianej według tablicy Lunda i Browdera w przypadku dzieci do 15. roku życia, a w przypadku starszych dzieci – według „reguły dziewczątek”.
13. Wyłącznie taki **Paraliż**, który oznacza trwałą i całkowitą utratę funkcji co najmniej jednej całej kończyny górnej lub dolnej w przebiegu choroby mózgu lub rdzenia kręgowego lub w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przypadek Paraliżu spełnia warunki Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy prowadzi do porażenia utrzymującego się bez poprawy, pomimo stosowania leczenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa.
14. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałą i nieodwracalną niezdolności do:
- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Prawo do Świadczenia zostanie przyznane po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
15. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- a) udokumentowana konieczność przewlekłego stosowania domowej tlenoterapii;
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 50% wartości należnych lub wynik oceny VC poniżej 50% wartości należnych.
16. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora). Stan ten powinien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne przez co najmniej 6 miesięcy, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego.
17. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebieg w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
18. Wyłącznie taką **Utratę kończyny**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej jednej kończyny lub utratę co najmniej jednej kończyny powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

19. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieuleczalną utratę zdolności mówienia, powstałą w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, albo stan, gdy Dziecko nigdy nie nauczyło się mówić. Utrata mowy musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 4 lat, przy czym w przypadku utraty zdolności mówienia stan ten w chwili orzekania Utraty mowy musi trwać co najmniej 12 kolejnych miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się częściowe ograniczenia zdolności mówienia oraz utratę mowy spowodowaną czynnikami psychicznymi (tzw. niemota psychogenna).
20. Wyłącznie taką **Utratę słuchu**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę słuchu w jednym lub obojgu uszach, powstałą w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, potwierdzoną wynikami badań audiometrycznych i badania progu słyszenia dźwięków. W przypadku utraty słuchu w obojgu uszach utrata słuchu musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia, a w przypadku utraty słuchu w jednym uchu – nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 2 lat.
21. Wyłącznie taką **Utratę wzroku** (ślepotę), która oznacza całkowitą, potwierdzoną przez lekarza okulistę, nieodwracalną utratę wzroku w przynajmniej jednym oku powstałą w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Utrata wzroku musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia.
22. Wyłącznie takie **Zakażenie wirusem HIV**, które oznacza powikłanie po transfuzji krwi wykonanej u osoby niechorującej na hemofilię, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lub przedstawioną dokumentacją medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, pod warunkiem że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
23. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej, będące przyczyną co najmniej 3-tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy.
24. Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które oznacza stan zapalny opon mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, potwierdzone przez specjalistę neurologa, utrzymujące się przez 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikami badań i dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD jest zdiagnozowanie u Dziecka którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3 w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej. Diagnoza Poważnej choroby Dziecka musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Dziecka niespodowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespodziewanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że dana poważna choroba dziecka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 25 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Dziecka powstała bezpośrednio w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) pozostawania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) wad wrodzonych;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 22.
2. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Dziecka w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Dziecka w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, liczony jest od daty

objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego pod warunkiem, że choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, została zdiagnozowana lub postępowanie diagnostyczno-lecznicze, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, zostało rozpoczęte w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem że dana poważna choroba dziecka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD.

5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na dzień zdiagnozowania u Dziecka Poważnej choroby.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej. W razie zajścia następnego Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowany o Poważną chorobę, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o Poważne choroby pozostające z nią w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej choroby Dziecka wskazanej w § 3, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej zdiagnozowanej Poważnej choroby Dziecka.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCHD.
6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię dokumentacji medycznej Dziecka (np. kopia historii choroby, opisy wyników badań);
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat – pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
7. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, jak również wysokości tego Świadczenia może skierować Dziecko

na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez Unum w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są w placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich wskazanych przez Unum. Koszt badań pokrywa Unum.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii lekarza Unum, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych

do ustalenia odpowiedzialności Unum wskazanych w ust. 6 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 7 powyżej.

9. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania Dziecka badaniom, o których mowa w ust. 7 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu OCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu OCH stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego

w terminie 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH odpowiedzialność Unum z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca operacji chirurgicznej Ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy oraz jeżeli Operacja chirurgiczna została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych;

- d) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - h) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Operację chirurgiczną zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 3. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z przeprowadzoną u Ubezpieczonego Operacją chirurgiczną została zdiagnozowana lub, z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, liczony jest od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem że Choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z przeprowadzoną Operacją chirurgiczną została zdiagnozowana w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i umowa dotycząca operacji chirurgicznej ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH.
 5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
- przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Świadczeń należne jest najwyższe Świadczenie.
 4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, Unum wypłaci Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Świadczeń należne jest najwyższe Świadczenie.
 5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację wymienioną w Tabeli Operacji, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację, za którą zgodnie z Tabelą Operacji należna jest najwyższa kwota Świadczenia.
 6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum комплекtu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu OCH.
 7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. kopię historii choroby, opisy wyników badań, opisy operacji);
 - d) dokumenty opisujące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
 8. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed datą wypłaty należnego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia, kwotę w wysokości Świadczenia należnego Ubezpieczonemu, zgodnie z postanowieniami zawartymi w § 17 OWU Pakiet dla Firmy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej w wysokości ustalonego na podstawie Tabeli Świadczeń procentu Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu przeprowadzenia Operacji chirurgicznej.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych w ciągu kolejnych 12 Miesięcy polisowych liczonych od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu PSU”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PSU stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu PSU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu PSU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt Ubezpieczonego na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnego nadzoru, prowadzonym przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniającym przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonym w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonym do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
 - d) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego stanu zdrowia, trwający dłużej niż 3 dni rozumiane jako 3 zmiany daty, w przypadku gdy jest spowodowany Chorobą, Udarem mózgu, Zawałem serca, lub dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty, w przypadku gdy jest spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem w pracy, Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem komunikacyjnym w pracy. W rozumieniu Warunków Pakietu PSU za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja Ubezpieczonego, pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
 - e) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
 - f) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie dłużej niż 14 dni pobyt Ubezpieczonego na wydanym przez Szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z którego tytułu należyne jest Świadczenie;
 - g) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad

chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Pakietu PSU Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowski, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowski, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;

- h) **Udar mózgu** – oznacza epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszskowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET), a istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowie związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
- W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
- i) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. W rozumieniu Warunków Pakietu PSU Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny;
- j) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
 - i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem ww. czynności lub poleceń;
 - ii. w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - iii. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tirecie i powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

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

- k) **Zawał serca** – który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Prawo do Świadczenia zostanie przyznane w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
- typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową, bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU jest:

- Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 10;
- Pobyt na OIOM Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum;
- Rekonwalescencja Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 1 miesiąca od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Niez szczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego niespowodowanego Niez szczęśliwym wypadkiem w terminie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Niez szczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca pobytu w szpitalu ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową

poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

- Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy oraz jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub Pobyt na OIOM Ubezpieczonego powstały na skutek:
 - próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - popęśnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan miał wpływ na zaistnienie Niez szczęśliwego wypadku;
 - leczenia niepłodności;
 - chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - wykonywania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Niez szczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Unum;
 - wykonania okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - leczenia chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99), skutków użycia alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a, Unum wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej: stawką dzienną) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem że dzień rozumiany jest jako zmiana daty.
- Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Specyfikacji polisy.
- Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu z powodu Zawału serca lub Udaru mózgu, z powodu Niez szczęśliwego wypadku, Wypadku komunikacyjnego, Wypadku w pracy lub Wypadku komunikacyjnego w pracy należy za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobylem w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym odpowiednio: tym samym Zawałem serca lub Udarem mózgu, tym samym Niez szczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem w pracy lub Wypadkiem komunikacyjnym w pracy.
- W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Niez szczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem w pracy, Wypadkiem komunikacyjnym w pracy, Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce

przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Unum wypłaci Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu spowodowanego Chorobą za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu.

6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem (lub Wypadkiem komunikacyjnym, lub Wypadkiem w pracy, lub Wypadkiem komunikacyjnym w pracy) i Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu), Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8 poniżej.
8. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt b Unum wypłaci Ubezpieczonemu w razie Pobytu na OIOM, dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej, Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM, ale za nie więcej niż 5 dni Pobytu na OIOM, w wysokości stawki dziennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.
9. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w formie jednorazowej z tytułu Rekonwalescencji w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy, za nie więcej niż 14 dni Rekonwalescencji, pod warunkiem że Rekonwalescencja jest zalecona przez lekarza prowadzącego bezpośrednio po okresie Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego i pod warunkiem że Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego jest należne.
10. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej był objęty ochroną

ubezpieczeniową z tytułu umowy dotyczącej pobytu w szpitalu ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w której ramach ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego zakończyła się w przeddzień objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i pod warunkiem że na dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego trwał nieprzerwanie, Unum wypłaci Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu spowodowanego Chorobą wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego przypadający w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Unum.

11. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSU.
12. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
13. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed datą wypłaty należnego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia, kwotę w wysokości Świadczenia należnego Ubezpieczonemu, zgodnie z postanowieniami zawartymi w § 17 OWU Pakiet dla Firmy.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu PSM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „**Pakiet dla Firmy**” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PSM stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu PSM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu PSM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Małżonka niezależnie od czyjkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu, niemające bezpośredniego ani pośredniego

źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- c) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt Małżonka w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego stanu zdrowia, trwający dłużej niż 3 dni rozumiane jako 3 zmiany daty, w przypadku gdy jest spowodowany Chorobą, lub dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty, w przypadku gdy jest spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. W rozumieniu Warunków Pakietu PSM za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja Małżonka, pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
- d) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków Pakietu PSM Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, ośrodek

dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowski, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowski, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM jest Pobyt w szpitalu Małżonka, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 1 miesiąca od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca pobytu w szpitalu małżonka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Małżonka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 67 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka powstał na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;

- b) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- c) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) pozostawiania przez Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
- e) leczenia niepłodności;
- f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
- g) pełnienia przez Małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
- h) wykonania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
- i) wykonania okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
- j) leczenia chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99), skutków użycia alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za każdy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (zwanej dalej: stawką dzienną), aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, z zastrzeżeniem że dzień rozumiany jest jako zmiana daty.
3. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Specyfikacji polisy.
4. Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka z powodu Nieszczęśliwego wypadku należąca jest za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Małżonka, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobylem w szpitalu spowodowanym danym Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Małżonka jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Małżonka wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości jak z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka na skutek Choroby.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Małżonka w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSM.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka;
 - c) aktualny odpis skróconego aktu małżeństwa;
 - d) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;

- e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
- f) pisemne oświadczenie Małżonka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez Unum, na wniosek lekarza upoważnionego przez

- Unum, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
- g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu PSD”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PSD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu PSD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu PSD definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Dziecka niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 30 dni i nie ukończyło 18 lat;
 - d) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt Dziecka w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia Dziecka, trwający dłużej niż 3 dni, rozumiane jako 3 zmiany daty, w przypadku gdy jest spowodowany Chorobą, lub dłużej niż 1 dzień, rozumiany jako jedna zmiana daty, w przypadku gdy jest spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. W rozumieniu Warunków Pakietu PSD za Pobyt w szpitalu Dziecka nie uważa się pobytów w szpitalu, których celem jest wyłącznie rehabilitacja Dziecka, oraz pobytów na oddziałach dziennych;
 - e) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. W rozumieniu Warunków

Pakietu PSD Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD jest Pobyt w szpitalu Dziecka, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 1 miesiąca od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Dziecka Ubezpieczonego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca pobytu w szpitalu dziecka znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową

poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 18 lat, w zależności, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka powstał na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na życzenie, bez względu na jego stan poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - d) pozostawania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z wad wrodzonych;
 - g) wykonania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - h) wykonania okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00–F99), skutków użycia alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za każdy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (zwanej dalej: stawką dzienną), aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, z zastrzeżeniem że dzień rozumiany jest jako zmiana daty.
3. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, w zależności od czasu trwania oraz od przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Specyfikacji polisy.
4. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 14 dni Pobytu w szpitalu Dziecka z tytułu danego Nieszczęśliwego wypadku lub danej Choroby.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Unum wypłaci za każdy taki dzień Pobytu w szpitalu Dziecka Świadczenie w wysokości jak z tytułu Pobytu w szpitalu Dziecka na skutek Choroby.
6. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia.
7. Jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Specyfikacji polisy jest najwyższa.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSD.
9. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu LSP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu LSP stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu LSP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu LSP definiują je w inny sposób.

2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem w okresie świadczenia przez Unum ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Ubezpieczonego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu;
 - b) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - i. podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej, leczenia przeciwwirusowego;
 - ii. podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - iii. doszło do Wszczępienia kardiowertera/defibrylatora;
 - iv. wykonano Ablację;
 - v. dzień pierwszej dializy w przypadku zastosowanej po raz pierwszy w życiu u Ubezpieczonego dializoterapii, jeśli nastąpiła w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA UBEZPIECZONEGO

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

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP jest Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, które spełnia definicję wskazaną w § 2 i które rozpoczęło się w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 5. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 3 miesiące od wyżej wskazanego dnia odpowiedzialność Unum ograniczona będzie do wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Specyfikacji polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 3 miesiące od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, pod warunkiem że łączny okres ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i niniejszej Umowy dodatkowej jest dłuższy niż okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem, że umowa dotycząca leczenia specjalistycznego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego i pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach

Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

5. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a OWU Pakiet dla Firmy oraz jeżeli Leczenie specjalistyczne było spowodowane:
 - a) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - b) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - c) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP lub o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego została zdiagnozowana lub z powodu której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczno-lecznicze trwało u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, okres ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w ust. 2 i ust. 3 powyżej, liczony jest od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem że choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Leczeniem specjalistycznym została zdiagnozowana w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i umowa dotycząca leczenia specjalistycznego ubezpieczonego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczonego. Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnej z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej listy osób ubezpieczonych w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, zawierającej informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia, i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie

- w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Specyfikacji polisy, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1.
3. W przypadku uznania prawa Ubezpieczonego do Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego, w ramach którego przeprowadzona została u Ubezpieczonego procedura zdefiniowana w § 3, odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego związanego z daną procedurą wygasa.
 4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do Świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi procedurami leczenia Ubezpieczonego w ramach Leczenia specjalistycznego istnieje z medycznego punktu widzenia związek przyczynowo-skutkowy.
 5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu LSP.

6. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed datą wypłaty należnego Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania Świadczenia, kwotę w wysokości Świadczenia należnego Ubezpieczonemu, zgodnie z postanowieniami zawartymi w § 17 OWU Pakiet dla Firmy

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanym dalej „**Warunkami Pakietu OD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanym dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu OD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

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

§ 3. DARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 25 lat, w zależności od tego, która z dat przypada wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD w przypadku Osierocenia Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność

do pracy, kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż z chwilą śmierci Dziecka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci każdemu uprawnionemu Dziecku Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu OD.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopię aktu urodzenia Dziecka lub kopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - d) kartę zgonu lub jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) w przypadku Osierocenia Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do pracy – kopię dokumentacji potwierdzającej orzeczenie Niezdolności do pracy;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu PUNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” (zwanych dalej „OWU Pakiet dla Firmy”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu PUNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu PUNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu PUNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby niniejszej Umowy dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 1 miesiąc i nie ukończyło 25 lat;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Poważnego urazu Dziecka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Poważny uraz** – powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie niepowodujące trwałej utraty ani trwałego uszkodzenia funkcji organu, narządu, układu lub kończyny. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Urazów;
 - d) **Tabela Urazów** – tabela oceny procentowej Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, która stanowi integralną część Warunków Pakietu PUNW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Poważnego urazu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Poważny uraz Dziecka został stwierdzony w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Poważnego urazu Dziecka nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW rozpoczyna się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW kończy się na zasadach

wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż w dniu śmierci Dziecka lub z końcem Miesiąca polisowego, w którym Dziecko ukończyło 25 lat, w zależności od tego, która z dat przypada wcześniej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

- a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Dziecka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka;
- c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) pozostawiania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 19 OWU Pakiet dla Firmy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące procent Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Specyfikacji polisy.
3. Rodzaj i stopień Poważnego urazu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Urazów po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
4. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Warunkami Pakietu PUNW.
5. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
6. W przypadku uszkodzenia ciała na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, organu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, stopień Poważnego urazu Dziecka zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu. Wartość procentowa Poważnego urazu Dziecka zostanie pomniejszona o upośledzenie istniejące przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Jeżeli według opinii lekarza Unum, wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Dziecka będzie dłuższy niż 12 miesięcy, na wniosek Ubezpieczonego po upływie 6 miesięcy leczenia Unum może dokonać wcześniejszej wypłaty bezspornej części Świadczenia.
8. W przypadku anatomicznej utraty kończyny przez Dziecko Unum zobowiązuje się wypłacić Świadczenie bezsporne bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PUNW.
10. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

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

ZAŁĄCZNIKI DO WARUNKÓW UMÓW DODATKOWYCH

TABELA NORM

OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU STANOWIĄCA INTEGRALNĄ CZĘŚĆ:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami Pakietu UNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwanych dalej „Warunkami Pakietu UZU”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach (zwanych dalej „Warunkami Pakietu TINW”).

	Procent Uszczerbku
A. USZKODZENIA GŁOWY	
1. Uszkodzenie skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) blizny – rozległe (powyżej 3 cm długości lub powierzchni powyżej 2,5 cm ²), szpeczące, ściągające – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości itp.	1–10
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):	
– poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1–10
– 25%–75% powierzchni skóry owłosionej	11–20
– powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21–30
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości obrażeń, wgłobień, fragmentacji	1–10
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiaru:	
a) poniżej 10 cm ²	1–10
b) 10–50 cm ²	11–15
c) powyżej 50 cm ²	16–25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego Uszczerbku na zdrowiu, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeśli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień Uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Nawracający płynotok uszny lub nosowy, przewlekłe zapalenie kości, ropowica podczepcowa leczona operacyjnie – uznane jako utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania obrażeń wymienionych w poz. 1, 2, 3 – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1–15
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych, znacznie ograniczający sprawność kończyn (2°–3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha)	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha)	40–60
d) nieznacznego stopnia (nieвелиki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4°/5° wg skali Lovetta lub 2°–1°, 1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35
e) porażenie kończyny górnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	50–60
– lewej	40–50
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°–2°/3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha):	
– prawej	30–50
– lewej	20–40

Procent Uszczerbku	
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	10–30
– lewej	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2°–2°/3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha)	25–40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3°–3°/4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha)	15–25
ł) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4°–4°/5° wg skali Lovetta lub 2°/1,1° wg skali Ashwortha)	5–15
UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 5j do poz. 5ł oddzielnie dla każdej kończyny.	
SKALA LOVETTA 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej, 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność do wykonania ruchu przy pomocy i odciążenia odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej, 3° – zdolność do wykonania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej, 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej, 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność do wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.	
SKALA ASHWORTH 1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego, 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zginania lub prostowania kończyny, 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale część dotknięta niedowładem łatwo poddaje się zginaniu, 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania, 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania.	
6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie ograniczający sprawność ustroju i powodujący, że chory wymaga opieki osób trzecich	100
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę, niepociągający za sobą konieczności sprawowania opieki nad chorym	41–80
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40
d) nieznaczного stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju	11–20
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10
7. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	41–80
c) utrudniające w nieznacznym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	11–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10
8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – co najmniej 3 napady w tygodniu i więcej	30–40
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów w miesiącu	20–30
c) padaczka z napadami – co najwyżej 2 napady w miesiącu	10–20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utraty przytomności	1–10
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna albo szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania Uszczerbku na zdrowiu z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne znacznie utrudniające lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	

	Procent Uszczerbku
10. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia	1–5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39
e) afazja nieznacznej stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10
b) ruchowe	1–10
c) czuciowo-ruchowe	3–20
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 49. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg poz. 5 lub poz. 9.	
16. Utrwalone częściowe lub całkowite uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i czynności przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10
b) średniego stopnia	10–25
c) dużego stopnia	25–50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg poz. 9.	
B. USZKODZENIA TWARZY	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) blizny i ubytki niewielkie, bez zaburzeń funkcji	0,5
b) oszpecenia rozległe (powyżej 2 cm długości lub zajmujące powierzchnię powyżej 1,5 cm ²), blizny, bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1–10
c) oszpecenia z niewielkimi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5–25
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	26–60
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) zniekształcenie nosa utrzymujące się po korekcie bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1–5
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcie – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6–15
c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia utrzymujące się po korekcie – w zależności od stopnia zaburzeń oddychania i powonienia	10–20
d) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2–5
e) utrata znacznej części nosa lub całkowita utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	20–30
UWAGA: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny, oceniać łącznie wg poz. 20. Jeżeli uszkodzenie nosa jest jednym z uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę wg poz. 19.	

Procent Uszczerbku											
21. Utrata zębów:											
a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:											
i. utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)										0,5	
ii. utrata korony (co najmniej ½ korony) i/lub korzenia										1	
b) pozostałe zęby – za każdy ząb:											
i. utrata korony (co najmniej ½ korony)										0,5	
ii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem										1	
22. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:											
a) nieznacznego stopnia										1–5	
b) znacznego stopnia										6–10	
UWAGA: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo wg poz. 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku wg tabeli 27a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z pozycji właściwej dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg poz. 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać niezależnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z poz. 24.											
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:											
a) częściowa										10–35	
b) całkowita										40–50	
24. Złamania żuchwy:											
a) bez zaburzeń czynności stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk										1–5	
b) z zaburzeniami czynności stawu skroniowo-żuchwowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk										6–10	
25. Ubytek podniebienia:											
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń										10–25	
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń										26–40	
26. Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:											
a) ubytki języka niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy – w zależności od wielkości uszkodzeń										1–3	
b) ubytki języka i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się – w zależności od stopnia ubytków i zniekształceń										4–15	
c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się – w zależności od stopnia ubytków i zniekształceń										16–40	
d) całkowita utrata języka										50	
Procent Uszczerbku											
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU											
27. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego oka lub obojga oczu:											
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku w jednym oku lub w obojgu oczach trwały uszczerbek oceniać wg poniższej tabeli: Tabela 27a											
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100
b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku										1–10	
c) utrata wzroku w jednym oku z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej										40	
UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. Wartość uszczerbku w punkcie 27c obejmuje oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.											

				Procent Uszczerbku
28. Porażenia nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:				
a) jednego oka				15
b) obojga oczu				30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:				
a) z zaburzeniami ostrości wzroku				ocena wg tabeli 27a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				1–5
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:				
a) z zaburzeniami ostrości wzroku				ocena wg tabeli 27a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				1–5
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:				
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku				ocena wg tabeli 27a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia uszkodzenia				1–5
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia				ocena wg tabeli 32
Tabela 32				
Zwężenie do		Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°		0	0	20–35%
50°		1–5%	10–15%	35–45%
40°		5–10%	15–25%	45–55%
30°		10–15%	25–50%	55–70%
20°		15–20%	50–80%	70–85%
10°		20–25%	80–90%	85–95%
poniżej 10°		25–35%	90–95%	95–100%
33. Połowicze i inne niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe				50
b) dwunosowe				25
c) jednoimienne				25
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)				1–15
34. Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:				
a) w jednym oku				15
b) w obojgu oczach				30
UWAGA: W przypadku gdy współistnieją niedające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 27a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obojga oczu.				
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:				
a) w jednym oku				ocena wg tabeli 27a w granicach 15–35
b) w obojgu oczach				ocena wg tabeli 27a w granicach 30–100
36. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:				
a) w jednym oku				5–10
b) w obojgu oczach				10–15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka pourazowe – oceniać wg tabeli 27a i 32 i/lub punktu 33d, nie mniej niż				3
UWAGA: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy (po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp.) nie są uznawane za pourazowe.				
38. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za dwoje oczu, nie mniej niż				3
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia nasilenia				35–100

		Procent Uszczerbku		
40. Zaćma pourazowa – ocena wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a) po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji				
41. Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:				
a) niewielkie zmiany		1–5		
b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek		6–10		
UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obojgu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać wg poz. 19 lub poz. 22, uzupełniając ocenę o poz. 27a.				
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU				
42. Upośledzenie ostrości słuchu				
a) przy upośledzeniu ostrości słuchu trwałe uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli: Tabela 42a Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)				
	Ucho prawe			
Ucho lewe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	powyżej 70 dB
0–25 dB	0	5%	10%	20%
26–40 dB	5%	15%	20%	30%
41–70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
UWAGA: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.				
b) pourazowe utrwalone szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia		1–5		
UWAGA: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, oceniać wg poz. 48.				
43. Urazy małżowiny usznej:				
a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń		1–10		
b) całkowita utrata jednej małżowiny		15		
c) całkowita utrata obu małżowin		30		
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu		ocena wg tabeli 42a		
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego w związku z urazem:				
a) jednostronne		5		
b) obustronne		10		
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:				
a) jednostronne		5–15		
b) obustronne		10–20		
47. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej		ocena wg tabeli 42a		
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				
a) z uszkodzeniem części słuchowej		ocena wg tabeli 42a		
b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)		1–20		
c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty)		21–50		
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia		ocena wg tabeli 42a, zwiększając stopień inwalidztwa wg poz. 48b lub poz. 48c		
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej (w zależności od stopnia uszkodzenia):				
a) jednostronne		5–25		
b) dwustronne		10–60		
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU				
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji		5–10		
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:				
a) niewielka okresowa duszność, chrypka		5–10		
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się – w zależności od nasilenia objawów		11–30		
52. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:				
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia zaburzeń		30–59		
b) z bezgłosem		60		

	Procent Uszczerbku
53. Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	11–20
c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim odcinku drogi, wymagająca okresowego zatrzymywania się w celu nabrania powietrza	21–40
d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	41–60
54. Uszkodzenie przełyku:	
a) ze zwężeniem, bez trudności w odżywianiu	1–5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	6–20
c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21–50
d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespole niach, stałe przetoki itp. – ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień Uszczerbku w zależności od stopnia powikłań	10–30
55. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) blizny skórne niewielkiego stopnia, bez ograniczenia ruchomości szyi	0,5
b) blizny skórne rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1–5
c) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6–14
d) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15–30
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
UWAGA: Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°. Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg poz. 89.	
F. USZKODZENIE KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne rozległe (powyżej 3 cm długości), widoczne, szpecące, nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1–5
b) nieznaczne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6–10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11–25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26–40
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej podane są w uwadze do poz. 62.	
57. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) blizny lub częściowa utrata brodawki – w zależności od rozległości blizn	1–5
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki – do 45. roku życia	10–15
c) częściowa lub całkowita utrata brodawki – po 45. roku życia	5–10
d) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata – w zależności od wielkości ubytku do 45. roku życia	5–15
e) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata – w zależności od wielkości ubytku po 45. roku życia	1–10
f) częściowa lub całkowita utrata sutka – do 45. roku życia	15–20
g) częściowa lub całkowita utrata sutka – po 45. roku życia	11–15
h) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać wg powyższych pozycji, zwiększając stopień Uszczerbku w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1–10
58. Złamanie żeber:	
a) jednego, bez zniekształceń	1
b) co najmniej dwóch, bez zniekształceń	1–2
c) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	3–5
d) z nieznacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6–10
e) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11–25
f) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26–40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej podane są w uwadze do poz. 62.	
59. Złamanie mostka:	
a) bez zniekształceń	1–3
b) ze zrostem w przemieszczeniu – w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4–10
60. Złamanie żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58–59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1–15

		Procent Uszczerbku
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):		
a) bez cech niewydolności oddechowej		1–5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia		5–10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia		10–25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia		25–40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc, ocenia się wg poz. 61, zwiększając stopień Uszczerbku w zależności od stopnia powikłań		10–20
UWAGA: Przy ocenie wg poz. 56, 58, 60–62 stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem rentgenowskim uszkodzenia tkanki płucnej oraz badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku pozycji tabeli i następstwom tym towarzyszy niewydolność oddechowa, trwałe uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jedną z tych pozycji (oprócz poz. 60 i poz. 62).		
STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:		
– zmniejszenie wydolności oddechowej niewielkiego stopnia – VC 70–80%, FEV1 70–80%, FEV1%VC – 70–80% – w odniesieniu do wartości należnych,		
– zmniejszenie wydolności oddechowej średniego stopnia – VC 50–70%, FEV1 50–70%, FEV1%VC – 50–70% – w odniesieniu do wartości należnych,		
– znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.		
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:		
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, bez zaburzeń kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET		5
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, niewielkie zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET		6–15
c) II klasa NYHA, EF 45–55%, umiarkowane zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 7–10 MET		16–25
d) III klasa NYHA, EF 35–45%, nasilone zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 5–7 MET		26–55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, znaczne zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa poniżej 5 MET		56–90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych kategorii muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.		
KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:		
Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych.	
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:		
Fracja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.		
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:		
MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu i wynosi ok. 3,5 mililitra tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się za wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.		
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:		
a) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym – w zależności od rozległości uszkodzeń		1–5
b) zaburzenia niewielkiego stopnia		6–10
c) zaburzenia średniego stopnia		11–20
d) zaburzenia dużego stopnia		21–40
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:		
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne rozległe (powyżej 3 cm długości)		1–5
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji		5–15
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za pourazowe.		
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:		
a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego		1–5
b) z zaburzeniami funkcji niewielkiego stopnia i dostatecznym stanem odżywiania		6–10

		Procent Uszczerbku	
c)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11–40	
d)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50	
67. Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:			
a)	jelita cienkiego	30–80	
b)	jelita grubego	20–60	
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych) niepowodujące upośledzenia funkcji innych narządów – w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń		1–10	
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:			
a)	blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1–5	
b)	powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60	
70. Uszkodzenia odbytnicy:			
a)	pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1–5	
b)	wypadanie błony śluzowej	6–10	
c)	wypadanie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadania – utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11–30	
71. Uszkodzenia śledziony:			
a)	leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c)	utrata u osób powyżej 18. roku życia	15	
d)	utrata u osób poniżej 18. roku życia	20	
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:			
a)	bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1–5	
b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6–15	
c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16–40	
d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41–60	
UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg poz. 72b–d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg poz. 72b–d. Zwężenia dróg żółciowych – orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz na podstawie zmian wtórnych w wątrobie wg poz. 72b–d.			
KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych:			
Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8–3,5	<2,8
Bilirubina (μmol/l) w sur.	<25	25–40	>40
Czas protrombinowy (s ponad normę)	<4	4–6	>6
Wodobrzusze	Brak	Niewielkie	Nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I°–II°	III°–IV°
			Procent Uszczerbku
GRUPA A: 5–6 pkt, GRUPA B: 7–9 pkt, GRUPA C: 10–15 pkt			
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH			
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji			5–25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej			30
75. Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki			35–75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:			
a)	niepowodujące zaburzeń funkcji		1–5
b)	z zaburzeniem funkcji układu moczowego		6–20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:			
a)	wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji		3–5
b)	zaburzenia funkcji niewielkiego i średniego stopnia		6–15
c)	zaburzenia funkcji znacznego stopnia		16–30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:			
a)	upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim		10–25
b)	upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym		26–50

	Procent Uszczerbku
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5–15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16–40
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41–60
<i>UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.</i>	
80. Utrata całkowita prącia	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3–35
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) w wieku do 50. roku życia	2–20
b) w wieku po 50. roku życia	1–10
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	
a) w wieku do 50. roku życia	40
b) w wieku po 50. roku życia	20
84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3–10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 50. roku życia	40
b) w wieku po 50. roku życia	20
86. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1–5
b) wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5–10
c) wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH (orzeczenie stopnia Uszczerbku może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zatrucia)	
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za Nieszczęśliwy wypadek:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1–5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim, które nie są oceniane w odrębnych pozycjach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1–15
c) z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	10–25
<i>UWAGA: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu.</i>	
88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem) – w zależności od stopnia uszkodzenia – powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim lub średnim	1–15
<i>UWAGA: Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do poz. 27a, 32, 42. Miejskowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według pozycji odpowiednich dla danej okolicy ciała.</i>	
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
89. Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa szyjnego potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG czynnościowe, TK, RM):	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5
b) z ograniczeniem ruchomości 26%–50%	6–14
c) z ograniczeniem ruchomości 51%–75%	15–20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21–29
e) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
g) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg poz. 89a–f, zwiększając stopień Uszczerbku w zależności od stopnia zniekształcenia	2–10
h) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów i/lub rotację) oceniać wg poz. 89a–g, zwiększając stopień inwalidztwa o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok	1–8
i) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. oceniać wg poz. 89a–h, zwiększając stopień inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok	5
<i>UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy lub uraz w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”), orzekać wyłącznie wg poz. 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.</i>	
90. Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):	
a) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1–9
b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10–19
c) zeszywnienie w pozycji fizjologicznej	20

	Procent Uszczerbku
d) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu	25-30
e) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocena wg poz. 90a-d, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od stopnia zniekształcenia o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok:	1-5
f) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/ lub rotacja) ocenia się wg poz. 90a-e, zwiększając stopień inwalidztwa o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok:	1-7
g) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się wg poz. 90 a-f, zwiększając stopień inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie wg poz. 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2-3 cm.	
91. Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (RTG, TK, RM):	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5
b) z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	6-14
c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
d) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
e) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
f) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10% ocenia się wg poz. 91a-e, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od stopnia zniekształcenia o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok:	3-12
g) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów i/ lub rotacja), ocena wg poz. 91a-f, zwiększając stopień inwalidztwa o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok:	1-9
h) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. oceniać wg poz. 91a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie wg poz. 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo Nieszczęśliwego wypadku.	
ZAKRESY RUCHOMOŚCI:	
zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7-8 cm	
92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa	ocena wg poz. 89-91
93. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
b) zaburzenia funkcji ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
c) niewielki niedowład kończyn górnych i/ lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° wg skali Ashwortha), zespół Browna-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym, z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° wg skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (3°-4° w skali Lovetta lub 3°-2° wg skali Ashwortha)	5-30
d) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha), zespół Browna-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym, z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym z niedowładem kończyny dolnej (0°-2° w skali Lovetta lub 5°-4° wg skali Ashwortha)	31-60
e) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha), niedowład cztero kończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° wg skali Ashwortha), zespół Browna-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia kręgowego, z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha)	61-90
f) porażenie kończyn górnych i/ lub dolnych (0°-1° w skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha), głęboki niedowład cztero kończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° wg skali Ashwortha), zespół Browna-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia, z porażeniem kończyn (0°-1° w skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100
94. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruch, czucie lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne bólowe, wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych zaleconych przez lekarza lub utrzymujące się mimo przebytej rehabilitacji	1
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	3
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5
d) piersiowe, wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych zaleconych przez lekarza lub utrzymujące się mimo przebytej rehabilitacji	1
e) lędźwiowo-krzyżowe bólowe, wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych zaleconych przez lekarza lub utrzymujące się mimo przebytej rehabilitacji	1
f) lędźwiowo-krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	3
g) lędźwiowo-krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5
h) guziczne	1-5
UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w poz. 94a-h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Zespół bólowy po urazie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”) orzekać wg poz. 94a lub 94b.	

		Procent Uszczerbku
K. USZKODZENIA MIEDNICY		
95. Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a) utrwalone rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu		1–4
b) utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu		5–15
c) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia, niewymagające leczenia operacyjnego – w zależności od stopnia zaburzeń chodu		2–9
d) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie – w zależności od stopnia zaburzeń chodu		10–30
UWAGA: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy, oceniać wg poz. 96 lub 98.		
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)		1–10
b) w odcinku przednim obustronne		5–15
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)		10–30
d) w odcinku przednim i tylnym obustronne		20–40
UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać wg poz. 98.		
97. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym zwichnięciem stawu lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu		ocena wg poz. 143
UWAGA: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg poz. 145.		
98. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:		
a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji		1–3
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji		4–8
c) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji		2–7
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji		5–15
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
		Procent Uszczerbku
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		
ŁOPATKA	Prawa (dominująca)	Lewa
99. Złamanie łopatki:		
a) złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1–5	1–3
b) złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6–12	4–9
c) złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	13–20	10–15
d) złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21–40	16–30
UWAGA: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
OBOJCZYK	Prawy (dominujący)	Lewy
100. Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
a) deformacja niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym	1	1
b) deformacja niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	2–8	1–6
c) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	9–20	7–15
101. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10–14	8–12
b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%	15–25	13–20
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 101.		
102. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
a) niewielka deformacja bez ograniczenia ruchomości	1	1
b) brak deformacji lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	2–5	2–3

Procent Uszczerbku		
c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6–10	4–8
d) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11–25	9–20
UWAGA: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 180. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 180.		
103. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości ocenia się wg poz. 100–102, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	Prawy	Lewy
104. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej:		
a) niewielkie zmiany, blizny powyżej 3 cm, bez ograniczenia ruchomości	1	1
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2–7	2–5
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	8–15	6–10
d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16–25	11–20
UWAGA: Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone protezą należy oceniać wg poz. 104, nie mniej niż 10%.		
105. Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20–35	15–30
106. Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną	5–25	5–20
UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego Nieszczęśliwego wypadku, lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu ramiennie-łopatkowego. Przy orzekaniu wg poz. 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego urazowego zwichnięcia oraz daty pierwszego nawykowego zwichnięcia. Konieczna analiza dokumentacji medycznej i wypadkowej wraz z analizą mechanizmu urazu celem identyfikacji przedmiotowego zdarzenia jako Nieszczęśliwego wypadku.		
107. Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25–40	20–35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażeń oceniać wg norm neurologicznych.		
108. Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20–35	15–30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu	ocena wg poz. 104 lub 108	
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. ocenia się wg poz. 104–109, zwiększając stopień uszczerbku o	5	
UWAGA: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 180. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 180.		
111. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70	65
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO:		
zgięcie 0°–180°, wyprost 0°–60°, odwodzenie 0°–90°, unoszenie 90°–180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0°–180°), przywodzenie 0°–50°, rotacja zewnętrzna 0°–70°, rotacja wewnętrzna 0°–100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20°–40° zgięcia, 20°–50° odwiedzenia i 30°–50° rotacji wewnętrznej)		
RAMIĘ	Prawe (dominujące)	Lewe
113. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym:		
a) złamanie bez trwałych następstw	2	1
b) upośledzenie funkcji kończyny niewielkiego stopnia bez trwałego ograniczenia ruchomości, z pojawiającymi się zaburzeniami neurologicznymi	2,5–3	2,5
c) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%	4–10	3–7
d) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	11–20	8–20
e) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113c lub d, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5–15	
114. Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) niewielkie zmiany	1–5	1–4
b) średnie zmiany	6–12	5–9
c) duże zmiany	13–20	10–15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 113.		

		Procent Uszczerbku	
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:			
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej		70	65
b) przy dłuższych kikutach		65	60
116. Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia		ocena wg poz. 114a	
STAW ŁOKCIOWY		Prawy (dominujący)	Lewy
117. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:			
a) złamanie bez trwałych następstw, bez przemieszczenia		2	1
b) upośledzenie funkcji kończyny niewielkiego stopnia bez trwałego ograniczenia ruchomości, z pojawiającymi się zaburzeniami neurologicznymi		2,5–3	2,5
c) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%		4–5	3–4
d) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%–50%		6–10	5–7
e) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		11–20	8–20
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:			
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia		25	20
b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia		26–30	21–25
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)		45	40
d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny		30–45	25–40
119. Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:			
a) upośledzenie funkcji kończyny niewielkiego stopnia bez trwałego ograniczenia ruchomości, z pojawiającymi się zaburzeniami neurologicznymi		1	0,5
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%		2–5	1–4
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%–50%		6–15	5–10
d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%		16–30	11–25
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 117.			
120. Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni		15–30	10–25
121. Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się wg poz. 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o		5	
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0°–80° (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).			
PRZEDRAMIĘ		Prawe (dominujące)	Lewe
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:			
a) złamanie bez trwałych następstw		1,5	1
b) niewielkie zmiany bez trwałego ograniczenia ruchomości, z pojawiającymi się zaburzeniami neurologicznymi		2,5	2
c) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%		3–6	3–5
d) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–60%		7–15	6–10
e) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%		16–25	11–20
f) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)		15–20	10–15
g) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym		20–30	15–25
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:			
a) niewielkie zmiany w postaci dolegliwości głównie subiektywnych		2	1
b) zmiany w postaci dolegliwości głównie subiektywnych oraz ograniczenia ruchomości w zakresie 10°–15° (dla każdej ruchomości), niewielkie ograniczenia ruchów łokcia		4	2
c) złamania z przemieszczeniem powodującym ograniczenia zakresu ruchomości nadgarstka do 30° (obejmujące pozycję pośrednią), ograniczenia zakresu ruchomości łokcia z ubytkiem wyprostu oraz przy istotnych ograniczeniach rotacji		6	4
d) złamania z dużym przemieszczeniem powodującym ograniczenie zakresu ruchów rotacyjnych przedramienia oraz ograniczenia zakresu ruchomości nadgarstka poniżej 20° – na pograniczu zesztywnienia – jednak w pozycji czynnościowo korzystnej, przy zachowanej funkcji chwytnej ręki		8	6
e) złamania ze znacznym przemieszczeniem powodującym ograniczenie zakresu ruchów rotacyjnych przedramienia do 110° oraz ograniczenia ruchomości nadgarstka na pograniczu zesztywnienia		10	8

Procent Uszczerbku		
f) złamania ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej kości przedramienia, z wtórnymi zmianami w obrębie nadgarstka w postaci zeszywnienia lub dewiacji	14	12
g) złamania ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej kości lub ze zrostem krzyżowym pomiędzy kośćmi przedramienia, z ograniczeniem zakresu ruchów rotacyjnych do 45°, z ograniczeniem ruchomości łokcia w zakresie 75°–110° i zaburzeniem sprawności chwytu ręki	18	16
h) złamania ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej kości lub ze zrostem krzyżowym pomiędzy kośćmi przedramienia, z całkowitym zniesieniem ruchów rotacyjnych, zeszywnieniem łokcia w pozycji do 90° oraz wtórną deformacją nadgarstka i jego usztywnieniem w pozycji odbiegającej od czynnościowo korzystnej	26	24
124. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):		
a) blizny i miejscowe dolegliwości poniżej 4 cm	1	1
b) blizny i miejscowe dolegliwości powyżej 4 cm oraz zmiany troficzne nieupośledzające funkcji	3	2
c) blizny powodujące subiektywne dolegliwości oraz ograniczenia ruchomości w zakresie 60° obejmujące pozycję pośrednią łokcia lub nadgarstka	8	6
d) blizny i przykurcze powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka w zakresie 40° obejmujące pozycję pośrednią, przy zachowanych ruchach rotacji przedramienia	12	8
e) blizny, zmiany troficzne, przykurcze powodujące ograniczenia ruchomości w zakresie 20° przy ograniczonym ruchu rotacji przedramienia lub powodujące przykurcz w pozycji odbiegającej od czynnościowo korzystnej	16	12
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać wg poz. 122, 123, 125, 126.		
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–20	10–15
b) dużego stopnia	21–35	16–30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 125.		
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
a) średniego stopnia	10–25	10–20
b) dużego stopnia	26–40	21–35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z poz. 126.		
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej ocenia się wg poz. 122–126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezwowania	55–60	50–55
129. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55	50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA:		
nawracanie 0°–80°, odwracanie 0°–80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia)		
NADGARSTEK	Prawy (dominujący)	Lewy
130. Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) uszkodzenia leczone gipsem lub ortezą niepozostawiające trwałego uszczerbku na zdrowiu	0,5	0,5
b) uszkodzenia leczone gipsem lub ortezą pozostawiające niewielkie zmiany neurologiczne lub blizny	1,5	1
c) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2–6	1–5
d) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–60%	7–15	6–10
e) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16–25	11–20
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15–20	10–15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	21–30	16–25
132. Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami ocenia się wg poz. 130–131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50

Procent Uszczerbku		
ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA:		
zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego)		
ŚRÓDRĘCZE	Prawe	Lewe
134. Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
a) I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):		
i. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1–6	1–5
ii. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–60%	7–12	6–9
iii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13–20	10–15
b) II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
i. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5	1–3
ii. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–60%	6–9	4–6
iii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10–15	7–10
c) III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
i. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20%–50%	1–2	1
ii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–5	2–4
d) IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – osobna ocena dla każdej kości śródręcza:		
i. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20%–50%	1–2	1
ii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3–4	2
KCIUK	Prawy (dominujący)	Lewy
135. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki	1–4	1–2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego – w zależności od zmian wtórnych	5–10	3–6
c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11–15	7–10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16–20	11–15
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20–25	15–20
136. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) – w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
a) leczone gipsem lub ortezą lub zaopatrzone szwami	0,5	0,5
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1–5	1–3
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26%–50%	6–10	4–8
d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51%–75%	11–15	9–12
e) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16–20	13–15
f) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródręcza	20–25	15–20
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.		
ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA:		
– staw śródręczno-paliczkowy 0°–60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)		
– staw międzypaliczkowy 0°–80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)		
– odwodzenie 0°–50°		
– przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca V; pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm		
– opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych na wysokości III stawu śródręczno-paliczkowego; pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm		
PALEC WSKAZUJĄCY	Prawy (dominujący)	Lewy
137. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:		
a) utrata częściowa opuszki	1–2	1
b) utrata paliczka paznokciowego	3–5	2–3
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6–9	4–7
d) utrata paliczka środkowego	10	8
e) utrata trzech paliczków	15	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	15–20	10–15

Procent Uszczerbku		
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zesztynień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
a) leczone gipsem lub ortezą lub zaopatrzone szwami	0,5	0,5
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-3	1-2
c) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%-40%	4-6	3-4
d) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41%-70%	7-11	5-7
e) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12-15	8-10
f) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15-20	10-15
PALEC III, IV i V	Prawy (dominujący)	Lewy
139. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:		
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	10	8
d) palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2	1
e) palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4	2
f) palec IV i V – utrata trzech paliczków	7	3
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:		
a) palec III	10-12	8-10
b) palec IV i V	7-9	3-5
c) utraty mnogie:		
i. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
ii. całkowita utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
iii. całkowita utrata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12	8
iv. całkowita utrata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
v. całkowita utrata czterech palców łącznie z kciukiem	45	40
vi. całkowita utrata czterech palców innych niż kciuk	40	35
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztynień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec:		
a) palec III:		
i. leczone gipsem lub ortezą lub zaopatrzone szwami	0,5	0,5
ii. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1-2
iii. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-5	3-4
iv. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-5	1-4
v. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6-10	5-8
b) palec IV i V:		
i. leczone gipsem lub ortezą lub zaopatrzone szwami	0,5	0,5
ii. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1
iii. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-4	2
iv. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-4	1-2
v. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-8	3-4
UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć 55% – w przypadku prawej ręki i 50% – w przypadku lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w poz.140c.		
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW II-V:		
– staw śródręczno-paliczkowy 0°-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)		
– staw międzypaliczkowy bliższy 0°-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)		
– staw międzypaliczkowy dalszy 0°-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)		
Procent Uszczerbku		
Ł. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		
STAW BIODROWY		
142. Utrata kończyny dolnej:		
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym		70
b) odjęcie powyżej 1/2 uda		60
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:		
a) niewielkie zmiany z odzyskaniem pełnej ruchomości		1
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%		2-12

Procent Uszczerbku	
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–60%	13–24
d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25–40
144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30–35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36–45
145. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
146. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego – w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
a) bez ograniczeń funkcji	15
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16–25
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26–45
UWAGA: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlicę kostno-stawową, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy stanach chorobowych tego rodzaju ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym Niestety wypadkiem. W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 180. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 180.	
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO:	
zgięcie 0°–120°, wyprost 0°–20°, odwodzenie 0°–50°, przywodzenie 0°–40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0°–45°, rotacja do wewnątrz 0°–50°	
UDO	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) bez skrócenia, bez zmian wtórnych	1–2
b) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	5–10
c) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
d) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
e) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10–15
f) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16–29
g) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30–40
148. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40–60
149. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
a) niewielkiego stopnia	1–5
b) średniego stopnia	6–10
c) znacznego stopnia	11–20
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać wg poz. 147.	
150. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5–30
151. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym ocenia się wg poz. 147, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań – o odpowiedni procent z przedziału wskazanego w kolumnie obok:	1–5
152. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg poz. 147–150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu – o procent wskazany w kolumnie obok	10–60
UWAGA: Łączny stopień Uszczerbku ocenianego wg poz. 147–152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.	
153. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55–60
KOLANO	
154. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	
a) uszkodzenie stawu kolanowego bez trwałych następstw, leczone ortezą lub gipsem	1
b) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotec powodujące subiektywne dolegliwości, z niewielkimi zanikami mięśni uda, bez istotnych ograniczeń zakresu ruchomości kolana	1–4
c) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotec z objawami wyraźnej niestabilności stawu kolanowego, z nawracającymi wysiękami kolana, w tym niewydolność więzadła krzyżowego przedniego, z zanikami mięśni uda do 2 cm, z niewielkimi ograniczeniami zakresu ruchomości kolana nieprzekraczającymi 30°, uszkodzenia łąkotec z dobrym wynikiem	5–8
d) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotec z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym brak więzadła krzyżowego przedniego lub tylnego, z nawracającymi wysiękami kolana lub ubytkiem zakresu ruchomości kolana do 45° i z zanikami mięśni uda powyżej 2 cm, przebytą rekonstrukcją ACL z dobrym wynikiem leczenia	9–12
e) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotec z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym brak więzadła krzyżowego przedniego lub tylnego, z nawracającymi wysiękami kolana lub ubytkiem zakresu ruchomości kolana do 45° i ograniczeniami zgięcia powyżej 90°	13–16

	Procent Uszczerbku
f) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkówek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym jednoczesny brak funkcji więzadła krzyżowego przedniego i tylnego, z zanikami mięśni do 4 cm lub ograniczenia zakresu wyprustu kolana utrudniające poruszanie się	17–20
g) następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkówek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, powodującej stałe „uciekanie kolana”, z koniecznością stosowania stabilizatora stawu na stałe, z zanikami mięśni powyżej 4 cm lub zeszywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej	21–25
155. Inne następstwa urazów stawu kolanowego, zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, niestabilności rzepki, złamania rzepki, uszkodzenia łąkówek – w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości	1–10
a) następstwa uszkodzeń stawu kolanowego powodujące subiektywne dolegliwości stawu	1
b) następstwa uszkodzeń stawu kolanowego powodujące subiektywne dolegliwości stawu, z niewielkimi zanikami mięśni uda, bez istotnych ograniczeń zakresu ruchomości kolana	2–4
c) następstwa uszkodzeń stawu kolanowego z objawami mającymi wyraźny wpływ na wydolność stawu kolanowego oraz nawracające wysięki kolana, z zanikami mięśni uda do 2 cm mierzonymi 10 cm powyżej rzepki, z niewielkimi ograniczeniami zakresu ruchomości kolana	5–8
UWAGA: Łączny stopień pourazowego uszkodzenia stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. Patrz analogiczna uwaga do poz. 106. Należy zwracać uwagę na mechanizm urazu, obrażenia (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie predyspozycji pod postacią zmian anatomicznych lub chorób. Analiza powinna być oparta o pełną dokumentację medyczną.	
156. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	51
UWAGA: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE	
157. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) bez skrócenia, bez zmian wtórnych	1
b) skrócenie w zakresie 1–3 cm bez zmian wtórnych	2–10
c) skrócenie w zakresie 3,1–5 cm bez zmian wtórnych	11–20
d) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21–30
e) niewielkie zmiany ze skróceniem w zakresie 0–3 cm	3–15
f) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1–5 cm	16–29
g) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30–40
158. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1–3
159. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości, leczone gipsem lub ortezą lub zaopatrzone szwami	0,5
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–5
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	6–10
d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
160. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45–50
UWAGA: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 180. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 180.	
STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
161. Uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości, leczone gipsem lub ortezą	0,5
b) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
c) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%–50%	5–10
d) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
e) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi – zwiększyć ocenę inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
162. Zeszywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych – w zależności od ustawienia	21–30
c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
163. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości, leczone gipsem lub ortezą	1
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%–50%	5–10
d) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20

	Procent Uszczerbku
164. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20–30
b) całkowita utrata	30–40
165. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz z innymi zmianami wtórnymi:	
a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1–4
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21%–50%	5–10
c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11–20
166. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a) I lub V kość śródstopia:	
i. z niewielkimi zniekształceniami i z subiektywnymi dolegliwościami	1
ii. złamania bez przemieszczeń, z niewielkimi zaburzeniami budowy i statyki, głównie z subiektywnymi dolegliwościami	2
iii. złamania z przemieszczeniami, z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki, upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym i ze znacznymi subiektywnymi dolegliwościami	8
iv. złamania z przemieszczeniem I i V kości śródstopia powodujące deformację, która wymaga zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	10
b) II, III lub IV kość śródstopia:	
i. z niewielkimi zniekształceniami i z subiektywnymi dolegliwościami	1
ii. złamania bez przemieszczeń, z niewielkimi zaburzeniami budowy i statyki, głównie z subiektywnymi dolegliwościami	2
iii. złamania z przemieszczeniami, z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki, upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym i ze znacznymi subiektywnymi dolegliwościami	8
167. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 166, zwiększając stopień inwalidztwa o procent wskazany w kolumnie obok:	5
168. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien – w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zaburzenia statyki i ruchomości palców oraz głównie subiektywne dolegliwości	2
b) istotne zaburzenia budowy i statyki, upośledzające chód w nieznacznym stopniu i ze znacznymi subiektywnymi dolegliwościami	6
c) duże zmiany troficzne, istotne zaburzenia budowy i statyki, upośledzające chód w znacznym stopniu, wymagające zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	10
169. Utrata stopy w całości	45
170. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
171. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
172. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej – w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20–30
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU SKOKOWEGO:	
zgięcie grzbietowe 0°– 20°, zgięcie podeszwowe 0°– 40°– 50°, nawracanie 0°– 10°, odwracanie 0° – 40°, przywodzenie 0 – 10°, odwodzenie 0 – 10°	
UWAGA: W przypadku gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg poz. 180. W przypadku nienakładania się deficytów oceniać dodatkowo wg poz. 180.	
PALCE STOPY	
173. Uszkodzenie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:	
a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego	2
b) utrata paliczka paznokciowego	4
c) utrata całego palucha	8
174. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1–2
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%–50%	3–4
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5–7
175. Utrata palucha:	
a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	9–12
b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
c) wraz ze wszystkimi innymi palcami stopy	20
176. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata	1
b) całkowita utrata	2
c) całkowita utrata czterech palców stopy	10
d) znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1–2
177. Utrata palca V z kością śródstopia	3–8
178. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3–5

		Procent Uszczerbku
179. Uszkodzenia palców II, III, IV lub V – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie		1-5
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW STOPY:		
zgięcie 0°–40° (czynne), 0°–60° (bierne), wyprost 0°–45°(czynny), 0°–80° (bierny)		
UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.		
		Procent Uszczerbku
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Prawa (dominująca)	Lewa
180. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójęłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójęłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	2-20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-35	2-25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-25	5-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	10-45	5-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-15	
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20	
r) nerwu sromowego wspólnego	2-20	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	5-60	
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-30	
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-20	
v) splotu łądźwiowo-krzyżowego	15-60	
w) pozostałych nerwów odcinka łądźwiowo-krzyżowego	1-10	
UWAGA: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta jest na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
181. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	10-40	
UWAGA: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.		
UWAGI OGÓLNE:		
Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) przy ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego Uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części), a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego Uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.		
Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.		
Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub uniemożliwiające zastosowanie protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.		
Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% Uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% Uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% Uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% Uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA – 1% Uszczerbku.		

Niniejsza Tabela Norm stanowiąca integralną część Warunków Pakietu UNW, Warunków Pakietu UZU oraz Warunków Pakietu TINW została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Helena Gosk



Wiceprezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA ŚWIADCZEŃ

stanowiąca integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych (zwanymi dalej „Warunkami Pakietu OCH”).

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

NAZWA OPERACJI	% SU*
OPERACJE OKA	
46. Usunięcie gałki ocznej	60%
47. Usunięcie zmiany w obrębie oczodołu	40%
48. Wszczepienie protezy gałki ocznej	40%
49. Rewizja protezy gałki ocznej	40%
50. Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60%
51. Nacięcie oczodołu	40%
52. Złożona operacja na mięśniach oka	60%
53. Usunięcie mięśnia oka	40%
54. Cofnięcie mięśnia oka	40%
55. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	40%
56. Wycięcie zmiany rogówki	20%
57. Usunięcie zmiany w obrębie twardówki	40%
58. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	20%
59. Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	40%
60. Wycięcie tęczówki	40%
61. Operacje filtrujące tęczówki	60%
62. Usunięcie ciała rzęskowego	40%
63. Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
64. Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
65. Operacja ciała szklistego	60%
66. Zniszczenie zmiany siatkówki	40%
67. Wprowadzenie sztucznej soczewki	20%
68. Nacięcie twardówki	10%
69. Nacięcie tęczówki	10%
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE	
70. Otwarcie wyrostka sutkowatego	80%
71. Operacja naprawcza błony bębenkowej	20%
72. Drenaż ucha środkowego	20%
73. Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80%
74. Usunięcie zmiany ucha środkowego	40%
75. Amputacja nosa	60%
76. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	20%
77. Operacja zatoki czołowej	20%
78. Operacja zatoki klinowej	20%
79. Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20%
80. Operacja udrożnienia ujścia zatok	10%
81. Wycięcie gardła	80%
82. Operacja naprawcza gardła	60%
83. Terapeutyczna operacja endoskopowa gardła (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	20%
84. Wycięcie krtani	60%
85. Usunięcie zmiany fałdu głosowego	20%
86. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	60%
87. Rekonstrukcja krtani	80%
88. Operacja ślimaka	40%
89. Plastyka ucha zewnętrznego	20%
90. Operacja przegrody nosa	10%
91. Usunięcie migdałków podniebiennych	10%
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO	
92. Częściowe wycięcie tchawicy	100%
93. Plastyka tchawicy	60%
94. Protezowanie tchawicy metodą otwartą	60%
95. Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
96. Otwarta operacja ostrogi tchawicy	60%
97. Częściowe usunięcie oskrzela	60%
98. Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20%
99. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20%
100. Przeszczep płuca	100%
101. Wycięcie płuca	100%
102. Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	80%
103. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	40%
104. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40%
OPERACJE JAMY USTNEJ	
105. Wycięcie języka	60%
106. Wycięcie zmiany w obrębie języka	20%
107. Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20%
108. Korekcja deformacji podniebienia	40%
109. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	20%
110. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	40%
111. Wycięcie ślinianki	40%
112. Usunięcie zmiany w obrębie ślinianki	40%
113. Przeszczepienie przewodu ślinowego	40%
114. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	20%
115. Podwiązanie przewodu ślinowego	20%
116. Poszerzenie przewodu ślinowego	20%
117. Częściowe wycięcie wargi	20%
118. Usunięcie zmiany wargi	20%
119. Korekcja deformacji wargi	40%
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
120. Wycięcie przełyku i żołądka	100%
121. Całkowite wycięcie przełyku	100%
122. Częściowe wycięcie przełyku	60%
123. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	60%
124. Zespolenie omijające przełyku	80%
125. Rewizja zespolenia przełyku	60%
126. Operacja naprawcza przełyku	100%
127. Wytworzenie przetoki przełykowej	60%
128. Nacięcie przełyku	20%
129. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	60%
130. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	60%
131. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	20%
132. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	20%
133. Całkowita resekcja żołądka	100%
134. Częściowa resekcja żołądka	80%
135. Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	60%
136. Operacja plastyczna żołądka	60%
137. Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	60%
138. Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60%
139. Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60%
140. Operacje wrzodu żołądka z otwarciem jamy brzusznej	60%
141. Nacięcie odźwiernika (pyloromyotomia)	60%
142. Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20%
143. Wycięcie dwunastnicy	60%
144. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	80%
145. Zespolenie omijające dwunastnicy	60%

NAZWA OPERACJI	% SU*
146. Operacje wrzodu dwunastnicy z otwarciem jamy brzusznej	60%
147. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	20%
148. Resekcja jelita czczego	60%
149. Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	60%
150. Wyłonienie sztucznego odbytu na jelicie cienkim	60%
151. Zespolenie omijające jelita czczego	60%
152. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	20%
153. Resekcja jelita krętego	60%
154. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	60%
155. Zespolenie omijające jelita krętego	60%
156. Rewizja zespolenia jelita krętego	60%
157. Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
158. Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
159. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	20%
160. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	40%
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
161. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20%
162. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
163. Całkowite wycięcie okrężnicy	80%
164. Wycięcie odbytnicy	80%
165. Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80%
166. Wycięcie poprzecznicy	80%
167. Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80%
168. Wycięcie esicy	80%
169. Usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy metodą otwartą	60%
170. Usunięcie żyłaków odbytu	10%
171. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	20%
172. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	20%
173. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	20%
174. Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	60%
175. Zespolenie omijające okrężnicy	60%
176. Usunięcie zmiany w obrębie odbytnicy metodą otwartą	60%
177. Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	60%
178. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	60%
179. Przezwieraczowe operacje odbytnicy	60%
180. Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	20%
181. Wyłonienie jelita	60%
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ	
182. Przeszczep wątroby	100%
183. Częściowe wycięcie wątroby	80%
184. Operacja naprawcza wątroby	80%
185. Nacięcie wątroby	20%
186. Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	20%
187. Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	40%
188. Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20%
189. Zespolenie pęcherzyka żółciowego	60%
190. Przeszkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	40%
191. Wycięcie przewodu żółciowego	80%
192. Usunięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
193. Nacięcie przewodu żółciowego	60%
194. Zespolecie przewodu żółciowego	60%
195. Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego	60%
196. Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60%
197. Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60%
198. Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	40%
199. Przeszkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	40%
200. Przeszkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	40%
201. Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	40%
202. Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	60%
203. Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	60%
204. Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	20%
205. Przeszczep trzustki	100%
206. Całkowite wycięcie trzustki	100%
207. Wycięcie głowy trzustki	100%
208. Usunięcie zmiany trzustki	60%
209. Zespolecie przewodu trzustkowego	80%
210. Otwarty drenaż zmiany trzustki	60%
211. Przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20%
212. Całkowite wycięcie śledziony	40%
OPERACJE SERCA	
213. Przeszczep serca	100%
214. Przeszczep płuca	100%
215. Korekcja przełożenia wielkich naczyń	100%
216. Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	100%
217. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	100%
218. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	100%
219. Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100%
220. Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	100%
221. Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	80%
222. Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawki	100%
223. Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100%
224. Plastyka przedsionka serca	100%
225. Walwuloplastyka mitralna	100%
226. Walwuloplastyka aortalna	100%
227. Plastyka zastawki trójdzielnej	100%
228. Plastyka zastawki tętnicy płucnej	100%
229. Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	100%
230. Rewizja plastyki zastawki serca	100%
231. Otwarta walwulotomia	100%
232. Zamknięta walwulotomia	100%
233. Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	100%
234. Przeszkórna operacja dotycząca zastawki serca	80%
235. Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	100%
236. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	100%
237. Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	100%
238. Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100%
239. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa	60%

NAZWA OPERACJI	% SU*
240. Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	100%
241. Wszczepienie systemu wspomagania komór serca	60%
242. Wszczepienie układu stymulującego serce (także ICD, CRT) z przezżylnym wprowadzeniem elektrod do jam serca	60%
243. Inny sposób stałej stymulacji serca	60%
244. Przeszkórne zabiegi ablacji ognisk arytmogennych	60%
245. Wycięcie osierdzia	100%
246. Drenaż osierdzia	80%
247. Nacięcie osierdzia	40%
248. Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	100%
249. Otwarta operacja zamknięcia przetrwającego przewodu tętniczego	100%
250. Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	100%
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH I ŻYLNÝCH	
251. Zespolecie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
252. Zespolecie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
253. Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
254. Przeszkórna operacja tętnicy płucnej	60%
255. Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	100%
256. Wszczepienie aortalnej protezy naczyniowej	100%
257. Plastyka aorty	100%
258. Przeznaczyniowa operacja aorty	80%
259. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	100%
260. Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	60%
261. Operacja tętniaka tętnicy mózgu	100%
262. Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	60%
263. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	100%
264. Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	60%
265. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	100%
266. Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	60%
267. Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%
268. Przeznaczyniowa operacja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	60%
269. Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	100%
270. Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	100%
271. Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	60%
272. Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	100%
273. Rekonstrukcja tętnicy udowej	100%
274. Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	60%
275. Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	60%
276. Usunięcie żyły / usunięcie żyłaków kończyny dolnej	10%
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO	
277. Przeszczep nerki	80%
278. Całkowite usunięcie nerki	80%
279. Częściowe wycięcie nerki	60%
280. Wycięcie zmiany w nerce	60%
281. Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	60%
282. Nacięcie nerki	20%
283. Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	20%
284. Operacja nerki przez nefrostomię	20%
285. Wycięcie moczowodu	60%
286. Wytworzenie przetoki moczowodowej	80%
287. Ponowne wszczepienie moczowodu	60%
288. Operacja naprawcza moczowodu	60%
289. Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	20%
290. Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	20%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
291. Operacje ujścia moczowodu	40%
292. Całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%
293. Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60%
294. Powiększenie pęcherza moczowego	80%
295. Operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	40%
296. Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	20%
297. Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40%
298. Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	20%
299. Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	60%
300. Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	60%
301. Przepochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	60%
302. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
303. Wycięcie prostaty metodą otwartą	80%
304. Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	20%
305. Wycięcie cewki moczowej	60%
306. Operacja naprawcza cewki moczowej	40%
307. Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	20%
308. Operacje ujścia cewki moczowej	20%
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
309. Usunięcie moszny	40%
310. Obustronne wycięcie jąder	60%
311. Usunięcie zmiany jądra	40%
312. Obustronna implantacja jąder do moszny	60%
313. Protezowanie jądra	40%
314. Operacja wodniaka jądra	20%
315. Operacja najądrza	20%
316. Wycięcie nasieniowodu	20%
317. Operacja naprawcza powrózka nasennego	40%
318. Operacja żyłaków powrózka nasennego	40%
319. Operacja pęcherzyków nasennych	40%
320. Całkowita amputacja prącia	60%
321. Częściowa amputacja prącia	40%
322. Usunięcie zmiany prącia	40%
323. Operacja plastyczna prącia wtórna do wcześniejszych zabiegów terapeutycznych	60%
324. Protezowanie prącia	20%
325. Operacja napletka	20%
326. Operacja łechtaczki	20%
327. Wycięcie sromu	60%
328. Wycięcie zmiany sromu	20%
329. Operacja naprawcza w obrębie sromu	20%
330. Nacięcie kanału pochwy	20%
331. Wycięcie pochwy	40%
332. Nacięcie zrostów pochwy	10%
333. Usunięcie zmiany w obrębie pochwy	10%
334. Operacja plastyczna pochwy	20%
335. Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40%
336. Plastyka sklepienia pochwy	20%
337. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	20%
338. Wycięcie szyjki macicy	40%
339. Wycięcie macicy drogą brzuszną	80%
340. Wycięcie macicy drogą przepochwową	60%
341. Laparoskopowe usunięcie macicy	60%
342. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	20%
343. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	60%
344. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	40%
345. Operacja więzadła szerokiego macicy	20%

NAZWA OPERACJI	% SU*
346. Operacja innego więzadła macicy	20%
347. Wyłyżeczkowanie jamy macicy	5%
348. Wycięcie jajowodu	20%
349. Wszczepienie protezy jajowodu	20%
350. Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20%
351. Operacja dotycząca strzępków jajowodu	20%
352. Częściowe wycięcie jajnika	20%
353. Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	20%
354. Otwarte zniszczenie zmian w obrębie jajnika	20%
355. Operacja naprawcza jajnika	20%
356. Wycięcie zmiany szyjki macicy	5%
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH	
357. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80%
358. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	80%
359. Wycięcie opłucnej metodą otwartą	80%
360. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
361. Otwarty drenaż opłucnej	60%
362. Operacja naprawcza pękniętej przepony	100%
363. Operacja przepukliny pachwinowej	20%
364. Operacja przepukliny pępkowej	20%
365. Operacja przepukliny udowej	20%
366. Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20%
367. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	60%
368. Drenaż otwarty jamy otrzewnej	60%
369. Operacje sieci większej	60%
370. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	60%
371. Operacja dotycząca krezki okrężnicy	60%
372. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	60%
373. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	20%
374. Przeszczep powięzi	20%
375. Wycięcie powięzi brzucha	20%
376. Wycięcie innej powięzi	20%
377. Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20%
378. Rozdzielenie powięzi	20%
379. Uwolnienie powięzi	20%
380. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
381. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
382. Przemieszczenie ścięgna	40%
383. Wycięcie ścięgna	40%
384. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40%
385. Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40%
386. Zmiana długości ścięgna	20%
387. Wycięcie pochewki ścięgna	20%
388. Przeszczep mięśnia	60%
389. Wycięcie mięśnia	20%
390. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	20%
391. Uwolnienie przykurczu mięśnia	20%
392. Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
393. Operacja przewodu limfatycznego	80%
394. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	40%
395. Operacja przeszczepu skóry	20%
396. Usunięcie zmiany skórnej na twarzy	10%
OPERACJA STAWÓW I KOŚCI	
397. Plastyka czaszki	60%
398. Otwarcie czaszki	100%
399. Wycięcie kości twarzy	40%
400. Nastawienie złamania szczęki	40%
401. Nastawienie złamania innej kości twarzy	40%
402. Rozdzielenie kości twarzy	60%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
403. Stabilizacja kości twarzy	40%
404. Wycięcie żuchwy	60%
405. Nastawienie złamania żuchwy	20%
406. Rozdzielenie żuchwy	40%
407. Stabilizacja żuchwy	40%
408. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	60%
409. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100%
410. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	80%
411. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	100%
412. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
413. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	100%
414. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	80%
415. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
416. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
417. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
418. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
419. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
420. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
421. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	60%
422. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	100%
423. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	80%
424. Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	80%
425. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	100%
426. Usunięcie zmiany kręgosłupa	80%
427. Odbarczenie złamania kręgosłupa	80%
428. Unieruchomienie złamania kręgosłupa	80%
429. Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
430. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60%
431. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60%
432. Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	60%
433. Całkowite wycięcie kości	40%
434. Wycięcie kości ektopowej	20%
435. Usunięcie zmiany kości	40%
436. Operacje palucha koślawego	10%
437. Rozdzielenie trzonu kości	40%
438. Rozdzielenie kości stopy	40%
439. Drenaż kości	40%
440. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
441. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją zewnętrzną	40%
442. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	40%
443. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	40%
444. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
445. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	40%
446. Uwolnienie przykurczu stawu	20%
447. Wyciąg szkieletowy kości	20%
448. Przeszczep szpiku kostnego	40%
449. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego i barkowego	5%

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

Niniejsza Tabela Świadczeń stanowiąca integralną część Warunków Pakietu OCH została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Helena Gosk



Wiceprezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

TABELA URAZÓW

stanowiąca integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami Pakietu PUNW”).

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		% SU*
TRWAŁE INWALIDZTWO		
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%

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		% SU*
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 wielomiejscowe bez przemieszczenia	5%
	d) złamanie wielomiejscowe z przemieszczeniem	10%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ		
54.	Złamanie łopatki:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamanie	1%
55.	Złamanie obojczyka:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamanie	1%
56.	Złamanie kości ramiennej – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamanie	2%
57.	Złamanie kości ramiennej – trzonu:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamanie	2%
58.	Złamanie kości ramiennej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamanie	2%
59.	Złamanie trzonów kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamanie	2%
60.	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamanie	2%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	% SU*
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%

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	% SU*
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%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		% SU*
95.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością laparotomii	5%
96.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością usunięcia śledziony	15%
97.	Urazowa utrata nerki	30%
98.	Wstrząśnienie mózgu z koniecznością hospitalizacji:	
	a) od 2 do 5 dni	2%
	b) od 6 do 10 dni	5%
	c) powyżej 10 dni	7%

Niniejsza Tabela Urazów stanowiąca integralną część Warunków Pakietu PUNW została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 1/11/2018 z dnia 13 listopada 2018 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Helena Gosk



Wiceprezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia



www.unum.pl

Unum Życie TUIR S.A., al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

GB-OWU-MF-I