

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Dodatkowego**
na wypadek Poważnego Zachorowania

Skorowidz

Informacja do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania (dalej „OWUD”).

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1)-6), 10)-11) i 16); § 5; § 8; § 14 ust. 1-9; § 16 ust.1; § 17.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 3 ust. 2-4 w zw. z § 2 ust. 1 pkt 1)-6), 10)-11) i 16); § 4; § 5 ust. 4; § 16 ust. 2.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania

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

ROZDZIAŁ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

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

§ 2. DEFINICJE

1. W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania, zwanych dalej „OWUD”, w Polisie, załącznikach, aneksach oraz we wszelkich dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Data zdarzenia ubezpieczeniowego oznacza:**
 - a) w odniesieniu do Poważnej operacji – dzień jej przeprowadzenia,
 - b) w odniesieniu do Poważnego zachorowania – dzień rozpoznania Poważnego zachorowania przez Lekarza specjalistę, chyba że w definicjach poszczególnych Poważnych zachorowań wskazano inaczej (rozd. 2 § 3 ust. 3);
 - 2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobieganiu im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, wylewu krwi do mózgu, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - 4) **Okres ubezpieczenia** – okres pomiędzy dniem rozpoczęcia i dniem zakończenia odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej. Wymienione daty podane są w Polisie;
 - 5) **Poważna operacja** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 4 pkt 1)–6);
 - 6) **Poważne zachorowanie** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3 pkt 1)–47);
 - 7) **Składka** – składka z tytułu Umowy dodatkowej, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 8) **Składka całkowita** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia, będąca sumą składki z Umowy podstawowej i składek z Umów dodatkowych, której wysokość, częstotliwość oraz okres opłacania podane są w Polisie;
 - 9) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) **Świadczenie** – wypłata Ubezpieczonemu przez Unum Życie TUIR S.A. kwoty należnej z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z postanowieniami rozdz. 4 niniejszych OWUD;
 - 11) **Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji** – tabela zawierająca listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji objętych zakresem ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. Tabela stanowi integralną część niniejszych OWUD;
 - 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana w Polisie jako ubezpieczony z tytułu Umowy podstawowej oraz Umowy dodatkowej, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia;
 - 13) **Umowa dodatkowa** – umowa Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania, rozszerzająca przedmiot i zakres Umowy podstawowej, zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum Życie TUIR S.A. na podstawie niniejszych OWUD, której zawarcie będzie potwierdzone Polisą lub aneksem do Polisy;
 - 14) **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawarta za uprzednią zgodą Ubezpieczonego pomiędzy Ubezpieczającym a Unum Życie TUIR S.A., wskazana w Polisie jako umowa podstawowa;
 - 15) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego;
 - 16) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia, objęte zakresem ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami rozdz. 2 § 3 ust. 2 niniejszych OWUD.
2. Jeżeli niniejsze OWUD nie stanowią inaczej, terminy zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej mają takie samo znaczenie w niniejszych OWUD. W szczególności, ilekroć w niniejszych OWUD jest mowa o „Ubezpieczonym” i „Ubezpieczającym”, należy przez to rozumieć odpowiednio „Ubezpieczonego” i „Ubezpieczającego” z ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

ROZDZIAŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień rozdz. 2 § 4, jest:
 - 1) każde z Poważnych zachorowań zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1)-47) niniejszego paragrafu, pod warunkiem, że zostało rozpoznane u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, a Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego (warunek pozostawania przy życiu Ubezpieczonego przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma zastosowania w przypadku: Nowotworu złośliwego, Nowotworu o granicznej złośliwości, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia. Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego),

- 2) każda z Poważnych operacji zdefiniowanych w ust. 4 pkt. 1)-6) niniejszego paragrafu, pod warunkiem, że Poważna operacja została przeprowadzona u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia na podstawie skierowania wystawionego w Okresie ubezpieczenia, a Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez co najmniej 14 dni od Daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Jeśli przyczyną zdarzenia jest Nieszczęśliwy wypadek, za Zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wyłącznie takie zdarzenie, które jest bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Za Poważne zachorowania objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie choroby wskazane i zdefiniowane poniżej, rozpoznane przez Lekarzy specjalistów, z zastrzeżeniem wyłączeń i dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
- 1) Wyłącznie taki **Poważny zawał serca**, który oznacza rozpoznanie dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
 - a) znamiennego i typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), oraz
 - b) nowo powstałych zaburzeń kurczliwości ścian komór serca uwidocznionych w badaniu echokardiograficznym wykonanym co najmniej 6 tygodni po stwierdzeniu zawału serca, oraz
 - c) współistnienia co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. objawów podmiotowych niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - ii. zmian w EKG wskazujących na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - iii. powstania patologicznych załamków Q.

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

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stwierdzonej stabilnej lub niestabilnej choroby wieńcowej bez cech dokonanego zawału serca.
 - 2) Wyłącznie taki **Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo**, który oznacza rozpoznanie po raz pierwszy u Ubezpieczonego dokonanej martwicy mięśnia sercowego w następstwie jego ostrego niedokrwienia. Rozpoznanie takie musi być oparte na stwierdzeniu:
 - a) znamiennego i typowego wzrostu stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), oraz
 - b) współistnienia co najmniej jednego z trzech niżej wymienionych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - i. objawów podmiotowych niedokrwienia mięśnia sercowego;
 - ii. zmian w EKG wskazujących na świeże niedokrwienie: nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa (LBBB);
 - iii. powstania patologicznych załamków Q.

W odniesieniu do Zawału serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę kardiologa.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje stwierdzonej stabilnej lub niestabilnej choroby wieńcowej bez cech dokonanego zawału serca.
 - 3) Wyłącznie taki **Poważny udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Poważnego udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:
- a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy o charakterze afazji czuciowej i/lub ruchowej;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
- Rozpoznanie encefalopatii musi zostać potwierdzone:
- i. występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, oraz
 - ii. badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym, oraz
 - iii. zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Trwałość któregośkolwiek z powyższych objawów lub następstw neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 3 miesiące od daty rozpoznania.
- W odniesieniu do Poważnego udaru mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez Lekarza specjalistę neurologa.
- Za Poważny udar mózgu nie uznaje się:
- i. przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - ii. przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - iii. uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - iv. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - v. udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - vi. skutków choroby dekompresyjnej;
 - vii. patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika;
 - viii. objawów neurologicznych spowodowanych migreną.
- 4) Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:

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

Rozpoznanie encefalopatii musi zostać potwierdzone:

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

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw przez 3 miesiące od dnia rozpoznania.

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

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

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

5) Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do przerostu lub powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie III według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się wartości średniego ciśnienia w tętnicy płucnej (PAP) powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.

6) Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i destrukcją zdrowych tkanek. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy CIN 1, CIN 2, CIN 3, żadnych zmian przedrakowych ani zmian opisywanych jako przedinwazyjne lub Tis;
- b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- c) nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż IB według klasyfikacji TNM oraz chłoniaka skóry;
- d) raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma);
- e) nowotworów związanych z AIDS lub z zakażeniem wirusem HIV;
- f) zespołów mielodysplastycznych;
- g) nowotworów łagodnych, guzów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego;
- h) przewlekłej białaczki limfatycznej;
- i) nowotworów pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania Ta lub Tis według klasyfikacji TNM.

Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, z zastrzeżeniem że za dzień rozpoznania uznaje się dzień pobrania materiału do badania.

7) Wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesną postać nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii, z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie:

- a) stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- b) nowotwory jajnika o złośliwości granicznej, które wymagają chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- c) zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny, które wymagają leczenia hematologicznego;
- d) raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), który wymaga zabiegu operacyjnego;
- e) wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, z zastrzeżeniem że za dzień rozpoznania uznaje się dzień pobrania materiału do badania.

8) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność łagodnego histologicznie guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodującego trwałe ubytek neurologiczny.

Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałe ubytek neurologiczny.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli ani guzów przysadki mózgowej niewymagających usunięcia neurochirurgicznego, ropni, ziarniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiałków ani guzów rdzenia kręgowego.

W każdym przypadku rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga.

- 9) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego tkanki mózgowej lub opon mózgowych niewymagającego usunięcia neurochirurgicznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje guzów przysadki mózgowej, torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiałków ani guzów rdzenia kręgowego. W każdym przypadku rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga.
- 10) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego w obrębie rdzenia – w tym rdzenia przedłużonego – zlokalizowanego wewnątrzwardówkowo, wymagającego usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powodującego trwały ubytek neurologiczny. W każdym przypadku rozpoznanie powinno zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych, krwiałków.
- 11) Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego**, który oznacza obecność łagodnego guza nowotworowego w obrębie rdzenia – w tym rdzenia przedłużonego – zlokalizowanego wewnątrzwardówkowo, niewymagającego usunięcia neurochirurgicznego. W każdym przypadku rozpoznanie powinno zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT), magnetyczny rezonans jądrowy (NMR) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz potwierdzone przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. W odniesieniu do łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje torbieli, ropni, ziarniniaków, wad rozwojowych w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych, krwiałków.
- 12) Wyłącznie takie **Zaawansowane stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub w rdzeniu kręgowym. Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznacznymi wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (CT) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie Zaawansowanego stadium stwardnienia rozsianego obejmuje wystąpienie któregokolwiek z poniższych nieodwracalnych ubytków neurologicznych powstałych wskutek stwardnienia rozsianego:
- niedowładów kończyn;
 - zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym;
 - konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
- Utrzymywanie się ubytku neurologicznego wymaga potwierdzenia przez Lekarza specjalistę neurologa nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia tego rozpoznania.
- W odniesieniu do Zaawansowanego stadium stwardnienia rozsianego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień pierwszego potwierdzenia utrzymywania się któregokolwiek z powyższych ubytków neurologicznych przez Lekarza specjalistę neurologa.
- 13) Wyłącznie takie **Wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza przewlekłą autoimmunologiczną chorobę ośrodkowego układu nerwowego z towarzyszącymi jej ogniskami demielinizacji rozsianymi w mózgu lub rdzeniu kręgowym. Stwardnienie rozsiane musi być udokumentowane jednoznacznymi wynikami badań dodatkowych: magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR) lub tomografii komputerowej (CT) oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Do uznania zdarzenia za Wczesne stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.
- W odniesieniu do Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę postawienia wstępnego rozpoznania przez Lekarza specjalistę neurologa.
- 14) Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza postępującą, samoistną chorobę zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego, prowadzącą do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę (neurony dopaminergiczne), spełniającą łącznie kryteria wymienione w punktach a) i b) poniżej:
- stwierdzone postępujące upośledzenie sprawności organizmu mimo leczenia farmakologicznego;
 - stwierdzona przez Lekarza specjalistę neurologa utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolność do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
 - mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpieli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
 - odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
 - załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
 - ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
 - przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
 - poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.

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

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

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

- 16) Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS).

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością do:

- poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
- samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.

Rozpoznanie Choroby neuronu ruchowego musi być postawione przez Lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania psychologicznego.

- 17) Wyłącznie taki **Zaawansowany stan otępienny (w tym chorobę Alzheimer)**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimer lub trwałego otępienia innego rodzaju. Choroba Alzheimer jest to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych, charakteryzujący się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną u niego stwierdzone zaburzenia pamięci i uszkodzenia innych funkcji poznawczych co najmniej na poziomie 4 etapu według Skali Oceny Nasilenia Otępienia (ang. GDS, Global Deterioration Scale), który charakteryzuje się występowaniem następujących objawów:

- problemy z pamięcią,
- problemy z liczeniem,
- problemy z wysławianiem,
- zmiennosc nastrojów.

Rozpoznanie Zaawansowanego stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimer) musi być postawione przez Lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania psychologicznego.

Przypadki otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku:

- chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS),
- nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii),

nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

- 18) Wyłącznie taką **Wczesną postać stanu otępiennego (w tym chorobę Alzheimer)**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimer lub trwałego otępienia innego rodzaju. Choroba Alzheimer jest to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu. Otępienie (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych, charakteryzujący się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną u niego stwierdzone zaburzenia pamięci i uszkodzenia innych funkcji poznawczych na poziomie 3 etapu według Skali Oceny Nasilenia Otępienia (ang. GDS, Global Deterioration Scale), które charakteryzują się występowaniem następujących objawów:

- problemami z pamięcią i komunikacją,
- nieadekwatnymi do sytuacji zachowaniami,
- brakiem orientacji w terenie objawiającym się podróżowaniem do nieznanych sobie miejsc,
- problemami z wykonywaniem swoich zadań w pracy,
- trudnościami w odnajdywaniu słów i nazwisk,

f) zaburzeniami koncentracji diagnozowanymi w testach klinicznych.

Rozpoznanie Wczesnej postaci stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimera) musi być postawione przez Lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę w oparciu o obowiązujące standardy medyczne dotyczące tej choroby i potwierdzone wynikiem badania psychologicznego.

Przypadki otępienia czy innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku:

- i. chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS),
- ii. nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii),

nie są objęte zakresem ubezpieczenia.

- 19) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowo otaczające mózg i rdzeń kręgowy, rozpoznaną jednoznacznie w trakcie pobytu szpitalnego, na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, prowadzącą do co najmniej jednego z następujących trwałych następstw:
- a) upośledzenia słuchu do głuchoty włącznie,
 - b) wodogłowa,
 - c) niedowładu lub porażenia spastycznego,
 - d) upośledzenia umysłowego,
 - e) upośledzenia czynności poznawczych,
 - f) zaburzeń mowy,
- utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy i potwierdzonych rozpoznaniem Lekarza specjalisty neurologa.
- 20) Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw**, które oznacza ostrą chorobę zapalną obejmującą opony mózgowo otaczające mózg i rdzeń kręgowy, rozpoznaną jednoznacznie w trakcie pobytu szpitalnego, na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
- 21) Wyłącznie taką **Dystrofię mięśniową**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku rozpoznania dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji. Rozpoznanie Dystrofii mięśniowej musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę neurologa w oparciu o wystąpienie wszystkich poniższych kryteriów:
- a) zespół kliniczny charakteryzujący się brakiem zaburzeń czucia, prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego i osłabieniem odruchów ścięgowych;
 - b) obraz elektromiograficzny typowy dla tej choroby;
 - c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- 22) Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące istotne powikłania, utrzymujące się przez co najmniej 6 tygodni, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Za trwały deficyt neurologiczny uznaje się: utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowiczne lub porażenie całkowite (paraliż), upośledzenie umysłowe lub niestabilność emocjonalną. Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną przynajmniej jednej trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
- a) poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków;
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Rozpoznanie Zapalenia mózgu musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę neurologa.
- 23) Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
- 24) Wyłącznie taką **Łagodną postać choroby Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania wraz z objawami towarzyszącymi: nawracającą biegunką, dolegliwościami bólowymi brzucha, gorączką oraz zmniejszeniem masy ciała. Rozpoznanie łagodnej postaci choroby Crohna musi zostać potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
- 25) Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza końcową postać niewydolności nerek charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się odpowiednio: dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
- 26) Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
- a) udokumentowana konieczność przewlekłego stosowania domowej tlenoterapii;
 - b) wynik oceny FEV1 poniżej 50% wartości należnych lub wynik oceny VC poniżej 50% wartości należnych.
- 27) Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z występującymi przynajmniej dwoma z trzech podanych kryteriów:
- a) utrwaloną żółtaczką;
 - b) wodobrzuszem;
 - c) encefalopatią wątrobową.
- 28) Wyłącznie takie **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego**, które oznacza pierwsze wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wrzodziejacego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zmiany chorobowe

obejmują całą okrężnicę, towarzyszą im objawy ogólnoustrojowe i ciężka krwawa biegunka, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.

- 29) Wyłącznie taką **Łagodną postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego**, która oznacza pierwsze wystąpienie u Ubezpieczonego choroby wrzodziejącego zapalenia jelita grubego o łagodnym przebiegu z zaburzeniami gospodarki elektrolitowej. Rozpoznanie Łagodnej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi zostać potwierdzone charakterystycznym obrazem, takim jak zatarcie siatki naczyńowej, obrzęk, zaczerwienienie, kruchość, granulowanie błony śluzowej lub owrzodzenia.
- 30) Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego skutkującą niedokrwistością, neutropenią i trombocytopenią (małopłytkowością). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³;
 - bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³;
 - liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
- 31) Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie Piorunującego zapalenia wątroby opiera się na spełnieniu wszystkich wymienionych niżej warunków:
- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - martwica obejmująca całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska;
 - szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań wykazują następujące cechy:
 - wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie mięszu wątroby;
 - obiektywne oznaki encefalopatii wątrobowej.
- 32) Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę wirusową przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu powinno zostać 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.
- 33) Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
- 34) Wyłącznie taki **Tężec**, który wymaga zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
- 35) 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 z rodziny Rhabdoviridae.
- 36) Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w związku:
- z kontaktem z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
 - ze zranieniem podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, pod warunkiem że:
- do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w Okresie ubezpieczenia;
 - Ubezpieczony zgłosił pracodawcy zdarzenie, które mogło być przyczyną Poważnego zachorowania;
 - Ubezpieczony przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
 - w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
 - w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.
- 37) Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) w wyniku transfuzji krwi i które zostanie potwierdzone złożonymi dokumentami, pod warunkiem że:
- transfuzja krwi została przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia, oraz
 - osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zakażeń nabytych w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie.
- 38) Wyłącznie taką **Boreliozę**, która oznacza bakteryjną chorobę powodowaną przez krętki *Borrelia burgdorferi*, przenoszoną przez kleszcze, przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, z zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Rozpoznanie Boreliozy powinno być jednoznacznie potwierdzone przez Lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz z dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego oraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby A69.2 według ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych) podanego w karcie informacyjnej pobytu szpitalnego.
- 39) Wyłącznie taką **Gruźlicę** wymagającą hospitalizacji, która oznacza zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc lub innych narządów. Rozpoznanie Gruźlicy musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wyników badań obrazowych i bakteriologicznych i objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby. Za Gruźlicę nie uważa się bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej, ani pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe.

- 40) Wyłącznie takie **Poważne oparzenie**, które oznacza oparzenie drugiego lub trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej:
- 50% powierzchni ciała w przypadku oparzeń od drugiego stopnia,
 - 20% powierzchni ciała w przypadku oparzeń trzeciego stopnia.
- Rozpoznanie Poważnego oparzenia musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi.
- 41) Wyłącznie taki **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)**, który oznacza chorobę autoimmunologiczną przebiegającą z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, stwierdzoną przez Lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili postawienia rozpoznania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecność przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
- stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za stałe zaburzenia neurologiczne;
 - stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.
- Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie są objęte zakresem ubezpieczenia.
- 42) Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności do:
- poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia.
- 43) Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mowy, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, spowodowaną nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez Lekarza specjalistę neurologa w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty mowy spowodowanej schorzeniami psychicznymi.
- 44) Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie całkowitej utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli) potwierdzony wynikiem badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia także, jeśli w opinii Lekarza specjalisty laryngologa może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczępieniu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
- 45) Wyłącznie taką **Utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku dotycząca obojga oczu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznej utraty wzroku przez Lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że utrata wzroku utrzymywała się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
- 46) Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności – brak reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne – trwający nieprzerwanie przez co najmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia pod warunkiem stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej, śpiączki wynikającej z użycia alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza).
- 47) Inną niż wymienione powyżej **Chorobę skutkującą utratą samodzielności** w wykonywaniu czynności niezbędnych do życia, stwierdzoną przez Lekarza specjalistę neurologa, której następstwem jest utrzymująca się nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy niezdolność do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej z wymienionych poniżej czynności życiowych:
- mycie się: zdolność do samodzielnego wzięcia prysznica lub kąpeli (samodzielnego wejścia do wanny lub pod prysznic) lub samodzielnego wykonania wszystkich zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej;
 - odżywianie się: zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków;
 - załatwianie potrzeb fizjologicznych: zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania satysfakcjonującego poziomu higieny osobistej poprzez prawidłową funkcję zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu;
 - ubieranie się: samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich części garderoby, w tym także zapinanie i rozpinanie guzików, suwaków oraz – w przypadku gdy istnieje taka potrzeba – zamocowanie i zdjęcie wszelkiego rodzaju przyrządów zaopatrzenia ortopedycznego;
 - przemieszczanie się: zdolność do samodzielnego przemieszczenia się z łóżka na krzesło (lub na wózek inwalidzki) i z powrotem;
 - poruszanie się: zdolność do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
- W odniesieniu do Choroby skutkującej utratą samodzielności za Datę zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień rozpoznania utrzymywania się utraty samodzielności w oparciu o powyższe kryterium i obowiązujące standardy medyczne.
4. Za Poważne operacje objęte zakresem ubezpieczenia uznaje się wyłącznie wskazane i zdefiniowane poniżej zabiegi chirurgiczne, przeprowadzone w szpitalu w związku z chorobą lub uszkodzeniem ciała Ubezpieczonego, pod warunkiem ich zalecenia i przeprowadzenia przez Lekarzy specjalistów, z zastrzeżeniem wyłączeń lub dodatkowych warunków zawartych przy poszczególnych definicjach:
- Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej**, która oznacza wykonaną przez Lekarza specjalistę kardiochirurga operację mającą na celu korektę zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez utworzenie połączeń omijających, pomostowania (tzw. by-passów), wykonaną z otwarciem klatki piersiowej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznacyniowych.

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

§ 4. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Jeżeli Data zdarzenia ubezpieczeniowego miała miejsce:

- a) w okresie 180 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, Unum Życie TUIR S.A. nie wypłaci Świadczenia w przypadku następujących Poważnych zachorowań zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3: Choroby Parkinsona, Łagodnej postaci choroby Parkinsona, Zaawansowanego stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimera), Wczesnej postaci stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimera), Choroby neuronu ruchowego, Przewlekłej niewydolności wątroby, Przewlekłej niewydolności oddechowej, Zakażenia HIV, Choroby skutkującej utratą samodzielności, Gruźlicy, Tocznia rumieniowatego układowego (SLE);
- b) w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, Unum Życie TUIR S.A. nie wypłaci Świadczenia w przypadku następujących Poważnych zachorowań zdefiniowanych w rozdz. 2 § 3 ust. 3: Stwardnienia rozsianego, Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu, Łagodnego guza mózgu niewymagającego leczenia operacyjnego, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia, Łagodnego (niezłośliwego) guza rdzenia niewymagającego leczenia operacyjnego, Choroby Crohna, Łagodnej postaci choroby Crohna, Nowotworu złośliwego, Nowotworu o granicznej złośliwości, Niewydolności nerek, Niedokrwistości aplastycznej, Pierwotnego nadciśnienia płucnego, Wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, Łagodnej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, Boreliozy, Dystrofii mięśniowej, Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami, Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw, Utraty mowy, Utraty słuchu (głuchoty), Utraty wzroku (ślepoty) oraz Operacji na naczyniach wieńcowych i Operacji zastawek serca.

Powyższe ograniczenia odpowiedzialności, wskazane w pkt a) i pkt b), nie znajdują zastosowania, jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w Okresie ubezpieczenia, jak również w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Okres ubezpieczenia zgodnie z rozdz. 3 § 14.

2. Unum Życie TUIR S.A. jest wolne od odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, w przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego było spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - 1) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - 2) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu.
3. Unum Życie TUIR S.A. nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Jeżeli do zatajenia lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. za skutki tych okoliczności.
4. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Unum Życie TUIR S.A. nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 3. UMOWA DODATKOWA

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta pod warunkiem zawarcia Umowy podstawowej.
2. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Zawarcie Umowy dodatkowej zostanie potwierdzone Polisą, a w przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest później niż Umowa podstawowa, aneksem do Polisy.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Unum Życie TUIR S.A. wszystkie znane sobie okoliczności, o które Unum Życie TUIR S.A. zapytało przed zawarciem Umowy dodatkowej we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Unum Życie TUIR S.A. może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym

- ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przy czym zakres badań zostanie określony przez Unum Życie TUIR S.A. w skierowaniu. Badania przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Unum Życie TUIR S.A. i na koszt Unum Życie TUIR S.A.
4. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą informacji, o które pytało Unum Życie TUIR S.A. przed zawarciem Umowy dodatkowej. W przypadku niedopełnienia tego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mają zastosowanie postanowienia rozdz. 2 § 4 ust. 3 i 4.
 5. Unum Życie TUIR S.A. ma prawo odmówić zawarcia Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego. W takim przypadku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
 6. Unum Życie TUIR S.A. może zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD.
 7. Jeśli Unum Życie TUIR S.A. zaproponuje zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką lub z obniżoną wysokością wnioskowanej Sumy ubezpieczenia, lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, wówczas zwróci na to uwagę Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie przy doręczeniu odpowiednio Polisy lub aneksu do Polisy, informując jednocześnie o przysługującym Ubezpieczającemu prawie do zgłoszenia sprzeciwu w terminie 7 dni od dnia otrzymania Polisy lub aneksu do Polisy. Jeśli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w tym terminie, Umowa dodatkowa zostanie uznana za zawartą zgodnie z treścią Polisy lub aneksu do Polisy następnego dnia po upływie tego terminu.
 8. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie wyrazi zgody na zawarcie Umowy dodatkowej z wyższą Składką, obniżoną wysokością Sumy ubezpieczenia lub na warunkach odbiegających od niniejszych OWUD, zapłacona przez Ubezpieczającego Składka zostanie zwrócona w całości.
 9. Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, Umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia przez Unum Życie TUIR S.A. Ubezpieczającemu Polisy lub aneksu do Polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i 8 niniejszego paragrafu. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej może rozpocząć się innego dnia niż dzień jej zawarcia (rozdz. 3 § 8 ust. 1).

§ 6. WIEK PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 7. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w rozdz. 3 § 14 niniejszych OWUD.

§ 8. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM ŻYCIE TUIR S.A.

1. Odpowiedzialność Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia określonego w Polisie albo od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej (jeżeli przypada on później), ale w żadnym wypadku nie wcześniej niż od dnia zapłacenia w pełnej wysokości pierwszej Składki całkowitej zawierającej Składkę z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Koniec odpowiedzialności Unum Życie TUIR S.A. z tytułu Umowy dodatkowej następuje z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej (rozdz. 3 § 15).

§ 9. SUMA UBEZPIECZENIA

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

§ 10. OBNIŻENIE SUMY UBEZPIECZENIA

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

§ 11. SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 12. CZĘSTOTLIWOŚĆ OPŁACANIA SKŁADKI

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

§ 13. INDEKSACJA SKŁADKI

1. Indeksacja Składki oraz wynikający z niej wzrost Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej następują na zasadach przewidzianych dla indeksacji składki z tytułu Umowy podstawowej, zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej niniejszego paragrafu.
2. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa do indeksacji Składka ulega podwyższeniu zgodnie ze wskaźnikiem indeksacji, co powoduje wzrost Sumy ubezpieczenia o kwotę obliczoną przez Unum Życie TUIR S.A. Kwota ta zostanie obliczona na podstawie taryfy

składek Unum Życie TUIR S.A., Wiek Ubezpieczonego w dniu dokonywania indeksacji oraz kwoty podwyższenia Składki i pozostałego okresu opłacania Składki.

3. Prawo do indeksacji Składki wygasa z dniem wygaśnięcia prawa do indeksacji składki z tytułu Umowy podstawowej.

§ 14. PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczający ma prawo do przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy 5-letnie, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego paragrafu, bez ponownej oceny przez Unum Życie TUIR S.A. ryzyka ubezpieczeniowego, a w szczególności bez przeprowadzania badań lekarskich.
2. Ubezpieczający ma prawo do przedłużenia Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu przedłużenia Umowy dodatkowej ma nie więcej niż 69 lat.
3. Okres, na jaki przedłużana jest Umowa dodatkowa, będzie krótszy niż 5 lat, w przypadku gdy:
 - a) do końca Umowy podstawowej pozostało mniej niż 5 lat, lub
 - b) do osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat pozostało mniej niż 5 lat.W takim przypadku Umowa dodatkowa zostanie przedłużona do końca Umowy podstawowej, lecz nie na dłużej niż do Rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 70 lat.
4. Przedłużenie Umowy dodatkowej powoduje ponowne wyliczenie wysokości Składki według taryfy Unum Życie TUIR S.A. aktualnej na dzień przedłużenia Umowy dodatkowej, dla Wiek Ubezpieczonego w dniu przedłużenia, przy czym wysokość Sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.
5. Unum Życie TUIR S.A. przedstawi Ubezpieczającemu warunki dotyczące przedłużenia Umowy dodatkowej, w tym informację o wysokości Składki, najpóźniej w terminie 30 dni przed końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
6. Ubezpieczający ma prawo zrezygnować z możliwości przedłużenia Umowy dodatkowej. W takim przypadku Ubezpieczający poinformuje Unum Życie TUIR S.A. o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa.
7. Nieprzekazanie przez Ubezpieczającego informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej w terminie określonym w ust. 6 niniejszego paragrafu uważa się za wyrażenie zgody na przedłużenie Umowy dodatkowej na kolejny okres na warunkach zaproponowanych przez Unum Życie TUIR S.A.
8. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Unum Życie TUIR S.A. prześle Ubezpieczającemu aneks do Polisy potwierdzający przedłużenie Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki, informując jednocześnie Ubezpieczonego o przedłużeniu Umowy dodatkowej oraz o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu tej umowy.
9. Po przedłużeniu Umowy dodatkowej Ubezpieczający ma obowiązek opłacania Składki w kwocie podanej w aneksie, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu.
10. Jeżeli Ubezpieczający nie przekazał informacji o rezygnacji z przedłużenia Umowy dodatkowej (ust. 6 niniejszego paragrafu) i została ona przedłużona, przysługuje mu prawo do odstąpienia od przedłużonej Umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od daty otrzymania aneksu, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu. W takim przypadku wpłacona Składka z tytułu Umowy dodatkowej, naliczona od daty przedłużenia Umowy dodatkowej, zostanie zwrócona w całości.

§ 15. ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Rozwiązanie Umowy dodatkowej następuje:
 - 1) z dniem wypłaty Świadczenia, którego wysokość łącznie z wypłaconymi poprzednio Świadczeniami z tytułu Umowy dodatkowej za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, chyba że strony umowy wyrażą wolę co do dalszego trwania Umowy dodatkowej na warunkach i w zakresie ustalonym na zasadach określonych w rozdz. 4 § 18 ust. 3;
 - 2) z określonym w Polisie dniem zakończenia odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej (o ile umowa ta nie zostanie przedłużona);
 - 3) w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego wieku 70 lat, przy czym Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana w Rocznice polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego wieku 70 lat;
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy podstawowej;
 - 5) z dniem przekształcenia ubezpieczenia z Umowy podstawowej w Ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej nie stanowią inaczej;
 - 6) w przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej zawarciu zgodnie z ust. 2 niniejszego paragrafu;
 - 7) w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy dodatkowej po jej przedłużeniu, zgodnie z rozdz. 3 § 14 ust. 10;
 - 8) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez doręczenie do Unum Życie TUIR S.A. pisemnego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej. Jeżeli Unum Życie TUIR S.A. najpóźniej w dniu zawarcia Umowy dodatkowej nie poinformuje Ubezpieczającego o prawie do odstąpienia od Umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej Unum Życie TUIR S.A. zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający ma prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy dodatkowej w każdym czasie. W przypadku złożenia takiego oświadczenia Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem otrzymania przez Unum Życie TUIR S.A. tegoż oświadczenia na piśmie.
4. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej z przyczyny innej niż wymieniona w ust. 1 pkt 1) niniejszego paragrafu Unum Życie TUIR S.A. zwraca Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 4. ŚWIADCZENIA

§ 16. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania oraz Poważnej operacji Ubezpieczonego jest równa Sumie ubezpieczenia pomnożonej przez odpowiadający danemu Poważnemu zachorowaniu lub danej Poważnej operacji procent Sumy ubezpieczenia wskazany w Tabeli Poważnych zachorowań i Poważnych operacji, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.

2. Łączna kwota Świadczeń, jaka może być wypłacona w ramach każdej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w pkt 1)-13) poniżej:
 - 1) Poważny zawał serca oraz Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo;
 - 2) Poważny udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - 3) Nowotwór złośliwy oraz Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - 4) Zaawansowane stadium stwardnienia rozsianego oraz Wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
 - 5) Operacja na naczyniach wieńcowych z otwarciem klatki piersiowej oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej;
 - 6) Operacja zastawek serca na otwartym sercu oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - 7) Choroba skutkująca utratą samodzielności oraz którekolwiek Poważne zachorowanie: Choroba Parkinsona, Łagodna postać choroby Parkinsona, Choroba neuronu ruchowego, Poważny udar mózgu, Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych, Poważny uraz głowy, Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera), Zapalenie mózgu;
 - 8) Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu oraz Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego;
 - 9) Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia oraz Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego;
 - 10) Choroba Parkinsona oraz Łagodna postać choroby Parkinsona;
 - 11) Choroba Crohna oraz Łagodna postać choroby Crohna;
 - 12) Wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz Łagodna postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
 - 13) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami oraz Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw; ograniczona jest do 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 17. DOKUMENTY WYMAGANE DO USTALENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

§ 18. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

ROZDZIAŁ 5. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

1. W przypadku zawarcia Umowy dodatkowej staje się ona integralną częścią Umowy ubezpieczenia i podlega interpretacji łącznie z Umową podstawową (z zastrzeżeniem możliwości rozwiązania Umowy dodatkowej przed terminem rozwiązania Umowy podstawowej).

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWUD stosuje się odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących Umowy podstawowej.

§ 20. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWUD I DATA UCHWAŁY

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania zostały zatwierdzone uchwałą nr 7/10/2020 Zarządu Unum Życie TUIR S.A. z dnia 20 października 2020 r. i wchodzi w życie z dniem 2 listopada 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ I POWAŻNYCH OPERACJI

Niniejsza Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji zawiera listę Poważnych zachorowań oraz Poważnych operacji objętych zakresem Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania.

Lp.	Poważne zachorowanie	Procent Sumy ubezpieczenia
Choroby układu krążenia		
1.	Poważny zawał serca	100%
2.	Zawał serca bez zaburzeń kurczliwości ścian w badaniu echo	25%
3.	Poważny udar mózgu	100%
4.	Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	25%
5.	Pierwotne nadciśnienie płucne	50%
Choroby nowotworowe		
6.	Nowotwór złośliwy	100%
7.	Nowotwór o granicznej złośliwości	25%
8.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu	100%
9.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu niewymagający leczenia operacyjnego	25%
10.	Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia	100%
11.	Łagodny (niezłośliwy) guz rdzenia niewymagający leczenia operacyjnego	25%
Choroby układu nerwowego		
12.	Zaawansowane stadium stwardnienia rozsianego	100%
13.	Wczesne stadium stwardnienia rozsianego	25%
14.	Choroba Parkinsona	100%
15.	Łagodna postać choroby Parkinsona	25%
16.	Choroba neuronu ruchowego	100%
17.	Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimerera)	100%
18.	Wczesna postać stanu otępiennego (w tym choroba Alzheimerera)	25%
19.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałymi następstwami	100%
20.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych następstw	15%
21.	Dystrofia mięśniowa	100%
22.	Zapalenie mózgu	100%
Choroby narządów wewnętrznych		
23.	Choroba Crohna	100%
24.	Łagodna postać choroby Crohna	15%
25.	Niewydolność nerek	100%
26.	Przewlekła niewydolność oddechowa	100%
27.	Przewlekła niewydolność wątroby	100%
28.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	100%
29.	Łagodna postać wrzodziejącego zapalenia jelita grubego	15%
30.	Niedokrwistość aplastyczna	100%
Choroby zakaźne i pasożytnicze		
31.	Piorunujące zapalenie wątroby	100%
32.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu	50%
33.	Sepsa	50%
34.	Tężec	50%
35.	Wścieklizna	50%
36.	Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego	50%

37.	Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi	50%
38.	Borelioza	50%
39.	Gruźlica	50%

Choroby skóry

40.	Poważne oparzenie	100%
-----	-------------------	------

Inne Poważne zachorowania

41.	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	100%
42.	Poważny uraz głowy	100%
43.	Utrata mowy	100%
44.	Utrata słuchu (głuchota)	100%
45.	Utrata wzroku (ślepotą)	100%
46.	Śpiączka	50%
47.	Choroba skutkująca utratą samodzielności	25%

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

Niniejsza Tabela Poważnych zachorowań i Poważnych operacji, stanowiąca integralną część Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego Zachorowania została zatwierdzona wraz z wyżej wskazanymi warunkami uchwałą nr 7/10/2020 Zarządu Unum Życie TUIR S.A. z dnia 20 października 2020 r. i wchodzi w życie z dniem 2 listopada 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.



www.unum.pl

Unum Życie TUJR S.A., al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa, Spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 000008906, NIP 526-22-62-838, REGON 013281575, kapitał zakładowy 60 000 000,00 zł w całości opłacony.

IB-OWUD-DDR-III