



unum®

**Ogólne warunki grupowego
ubezpieczenia na życie
„Pakiet dla Firmy” wraz
z Warunkami umów dodatkowych**

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. Dane osobowe mogą być przekazywane również do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, którzy znajdują się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. Przekazywanie danych osobowych odbywa się na podstawie stosownej umowy, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię przekazanych danych lub informacje o miejscu udostępniania danych – w tej sprawie prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych.

CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST OBOWIĄZKOWE?

8. 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.
9. 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

10. 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”).
11. 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.
12. 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.
13. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
„PAKIET DLA FIRMY”
WRAZ Z WARUNKAMI UMÓW DODATKOWYCH**

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”	4
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”	5
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	13
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku	14
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	15
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku komunikacyjnego	16
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	17
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek Wypadku w pracy	18
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	19
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	20
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	22
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego	23
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	24
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	25
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego	26
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego	27
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	28
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka	29
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	30
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	31
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego	32
Warunki umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego	33
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku.	36
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	37
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	39
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	40
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	42
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	43
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	45
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą	46
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	48
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	49
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	51
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego	52

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej	58
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej	59
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka	61
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka	62
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	68
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka	69
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych	73
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych	74
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka	76
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka	77
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego	79
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego	80
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka	84
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka	85
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka	87
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka	88
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	90
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego	91
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka	93
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka	94
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	95
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	96
Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	98
Warunki umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	99
Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu	101
Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	114
Tabela Operacji Chirurgicznych	117
Tabela Urazów	122
Tabela Wad Wrodzonych	125

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; §7 ust.1 w związku z § 2; § 10 ust.2 pkt. c), d), g) i h) w związku z § 2; §11 w związku z § 2; § 13 w związku z § 2; § 14 w związku z § 2; § 17 w związku z § 2; § 19 w związku z § 2; § 22 ust.1 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 18 ust. 2 w związku z § 2; § 19 ust. 1, 4, 7, 8 i 12 w związku z § 2.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „PAKIET 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, Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, 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 wystawiany przez Unum i przekazywany Ubezpieczonemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zawierający m.in. datę objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość poszczególnych Sum ubezpieczenia;
2. **Data zatrudnienia** – data nawiązania stosunku pracy albo data zawarcia pierwszej umowy cywilnoprawnej pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym, pod warunkiem, że stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna trwały nieprzerwanie i obowiązywały w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w dniu jego złożenia – w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej;
3. **Małżonek** – osoba, która:
 - 1) w dniu podpisania lub złożenia Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia pozostaje z Pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
 - 2) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym 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 niepozostająca w związku małżeńskim, która:
 - 1) w dniu podpisania lub złożenia Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia pozostaje z Pracownikiem w związku nieformalnym i która została wskazana we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w innym dokumencie spełniającym wymagania Unum, o ile nie jest spokrewnioną z Pracownikiem a Pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim;
 - 2) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku nieformalnym i która została wskazana we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w innym dokumencie spełniającym wymagania Unum, o ile nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym a Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim.
Partner Życiowy może zostać zgłoszony do ubezpieczenia tylko jeden raz w okresie kolejnych 36 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, a zmiana Partnera Życiowego jest możliwa po upływie 36 miesięcy od poprzedniego wskazania.
7. **Pełnoletnie Dziecko** – dziecko 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 cywilnoprawna z Ubezpieczającym trwa w sposób ciągły i nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia. Za Pracownika uznaje się również Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, w tym współnika spółki cywilnej, a także współnika Ubezpieczającego będącego osobową spółką prawa handlowego (tzw. „Właścicieli”);
11. **Prolongata płatności** – liczba dni, o którą Unum odroczyło opłacenie Składki należnej, 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 wskazana w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, kalkulowana w oparciu o dokonaną przez Unum ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych), wieku i liczby osób uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, a także rodzaju wykonywanej przez nich pracy oraz zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem okresów ograniczenia odpowiedzialności;
14. **Składka indywidualna** – kwota z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, ustalona w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego w odniesieniu do Składki oraz z uwzględnieniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu, wieku i/lub stanu zdrowia tego Ubezpieczonego oraz Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych);
15. **Składka należna** – suma Składek indywidualnych z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej wszystkim Ubezpieczonym w okresie, za który należna jest Składka;
16. **Specyfikacja polisy** – dokument określający wnioskowane przez Ubezpieczającego warunki Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zakres ubezpieczenia, uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wysokość Sum ubezpieczenia, Świadczeń oraz Składek;
17. **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
18. **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”;
19. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła Umowę

ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zobowiązana do opłacania Składek należnych;

20. **Ubezpieczony** – osoba, która została objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
21. **Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia grupowego rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy podstawowej o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe, zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na podstawie Warunków umowy dodatkowej, łącznie z Umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania. Umowa dodatkowa może również rozszerzać zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach innych Umów dodatkowych. Umowa dodatkowa zawierana jest pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na pisemny wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku przez Unum), a jej zawarcie jest potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
22. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym na podstawie OWU Pakiet dla Firmy. Umowa podstawowa zawierana jest na pisemny wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku przez Unum), a jej zawarcie jest potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
23. **Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy Unum a Ubezpieczającym obejmująca Umowę podstawową oraz wybrane Umowy dodatkowe, której zawarcie jest potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
24. **Unum** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
25. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, zgodnie z postanowieniami § 17 jako Uposażony Główny lub jako Uposażony Zastępczy, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
26. **Uposażony Główny** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
27. **Uposażony Zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego jedynie wtedy, gdy wskazanie każdego z Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne;
28. **Warunki umów dodatkowych** – warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierane są Umowy dodatkowe, stanowiące integralną część Umów dodatkowych;
29. **Wiek Ubezpiezonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpiezonego;
30. **Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia** – oświadczenie woli przystąpienia do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” osoby ubiegającej się o objęcie ochroną ubezpieczeniową wraz z innymi oświadczeniami i zgodami tej osoby, oraz oświadczenia i zgody Ubezpieczającego, składane Unum na formularzu udostępnionym przez Unum;
31. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wskazane w OWU „Pakiet dla Firmy” lub w Warunkach umów dodatkowych, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
32. **Zdolność ubezpieczeniowa** – potwierdzone przez Unum uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.

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

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy podstawowej zawartej na podstawie OWU Pakiet dla Firmy jest życie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia udzielanego w ramach Umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpiezonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy podstawowej.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpiezonego oraz inne Zdarzenia ubezpieczeniowe

określone w Warunkach umów dodatkowych, co zostanie potwierdzone w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.

4. 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. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zawierana jest pod warunkiem osiągnięcia limitu wskazanego w § 15 ust. 1, opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za osoby, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, oraz dostarczenia do Unum przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” następujących dokumentów:
 - a) Specyfikacji polisy podpisanej przez Ubezpieczającego;
 - b) listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”;
 - c) oryginałów prawidłowo wypełnionych Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia dotyczących osób, które mają zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, o ile Unum i Ubezpieczający nie uzgodnili innej formy składania Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności formy elektronicznej;
 - d) odpisu z właściwego rejestru lub ewidencji działalności gospodarczej, do której wpisany jest Ubezpieczający;
 - e) 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 zostaną spełnione nie później niż czternastego dnia tego miesiąca kalendarzowego, albo
 - b) z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, jeżeli warunki określone w ust. 2 powyżej zostaną spełnione w okresie od piętnastego do ostatniego dnia poprzedniego miesiąca kalendarzowego.
4. Jeżeli dokumenty wymienione w ust. 2 powyżej zostaną wypełnione nieprawidłowo lub będą 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 została zawarta z woli Ubezpieczającego.
5. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może nastąpić na podstawie Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów wymaganych przez Unum, podpisanych lub złożonych (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia oraz innych dokumentów w formie elektronicznej) przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową 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 lub osoby ubiegającej się o objęcie ochroną dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, jak również może skierować osobę ubiegającą się o objęcie ochroną 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 złożony przez Ubezpieczającego wniosek, obejmujący dokumenty, o których mowa w § 4 ust. 2, 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 do 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 tym w Specyfikacji polisy. W razie braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” dochodzi do skutku zgodnie z treścią Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 musi zostać złożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 4 i ust. 5.
5. Przystąpienie przez Ubezpieczonego do Umowy dodatkowej jest możliwe wyłącznie w przypadku przystąpienia tego 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 Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” a postanowieniami OWU Pakiet dla Firmy bądź Warunkami umów dodatkowych pierwszeństwo mają postanowienia Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy”.

§ 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.
2. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” w każdym czasie na podstawie 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 miesiącu, 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 ona 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” ulegają 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) uprzedniej zgody Ubezpieczonego, gdy zmiana jest niekorzystna dla Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci 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” wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu 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 ostatnim dniu danego Roku ubezpieczenia, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” na kolejny Rok ubezpieczenia.
5. Warunki Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” mogą zostać zmienione na podstawie pisemnego wniosku, złożonego przez Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed upływem każdego Roku ubezpieczenia pod warunkiem akceptacji tego wniosku przez Unum, 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, w sposób wskazany w § 9 ust. 2, 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 na zmianę;
 - b) potwierdzania listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową;
 - c) przygotowywania dla Ubezpieczonych Certyfikatów ubezpieczenia;
 - d) informowania Ubezpieczonych, Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia o dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i terminowego 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, we wskazany tam sposób i w określonych terminach;
 - c) terminowego przekazywania Składek należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” za wszystkich Ubezpieczonych;
 - d) dostarczania do Unum przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” wraz z ich Wnioskami przystąpienia do ubezpieczenia, o ile Unum i Ubezpieczający nie uzgodnili innej formy składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności formy elektronicznej;
 - e) dostarczania do Unum 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 w przypadku Certyfikatów w formie papierowej;
 - 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”, 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.
3. Składki należne powinny być płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem, na rachunek bankowy Unum wskazany w Specyfikacji polisy.
 4. Składkę należną 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 – jedynie w wersji elektronicznej, zestawienie przygotowane według wzoru uzgodnionego z Unum określające listę Ubezpieczonych oraz kwotę Składki indywidualnej odprowadzonej na rzecz każdego z nich.
 6. Jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego tytułem składki jest niższa od wysokości Składki należnej, przyjmuje się, że Składka należna nie została opłacona.
 7. Obowiązek terminowego opłacania Składki należnej przez cały okres trwania odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” spoczywa na Ubezpieczającym.
 8. W przypadku zaległości w opłacaniu Składek należnych wpłacone kolejne kwoty zostaną przeznaczone na pokrycie poprzednich zaległych składek.

§ 12. PROLONGATA

1. Jeżeli w Specyfikacji polisy nie zastrzeżono inaczej, dopuszczalny okres Prolongaty płatności wynosi 30 dni, z wyjątkiem terminu płatności pierwszej Składki należnej, 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 należnej w terminie płatności Unum pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki należnej, wyznaczając dodatkowy 14-dniowy termin zapłaty, z zagrożeniem, iż nieopłacenie Składki należnej we wskazanym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności Unum i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
4. Jeżeli Składka należna 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 Składkę należną.

§ 13. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Jeżeli w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” nie zastrzeżono inaczej, uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” jest osoba, która łącznie spełnia następujące warunki:
 - a) ukończyła 16 lat i nie ukończyła 69 lat;
 - b) jest Pracownikiem albo Małżonkiem, Partnerem Życiowym lub Pełnoletnim Dzieckiem, z tym zastrzeżeniem, iż w przypadku gdy uprawniony do objęcia ochroną ubezpieczeniową Małżonek, Partner Życiowy albo Pełnoletnie Dziecko jest równocześnie uprawnionym do objęcia ochroną Pracownikiem, każda z tych osób w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową tylko raz, albo jako Pracownik, albo jako Małżonek, albo jako Partner Życiowy, albo jako Pełnoletnie Dziecko. W ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” wyklucza się możliwość ubezpieczenia jednej osoby równocześnie jako Pracownika oraz jako Małżonka, Partnera Życiowego lub Pełnoletnie Dziecko;
 - c) w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej), a także w dniu wyrażenia przez Unum zgody na objęcie ochroną

§ 11. SKŁADKA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki należnej za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”.
2. Składka należna 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.

ubezpieczeniową nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do której nie orzeczono niezdolności do pracy;

- d) udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 poniżej;
z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem wyrażenia zgody przez Unum – 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 lub złożyła Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania Wniosków przystąpienia do ubezpieczenia w formie elektronicznej), a następnie została umieszczona na liście osób przystępujących do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki należnej obejmującej tego Ubezpieczonego przed upływem terminu płatności Składki należnej, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. Przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową Unum może wymagać od osoby, która złożyła Wniosek przystąpienia do ubezpieczenia, dodatkowych informacji niezbędnych do oceny Zdolności ubezpieczeniowej, jak również może skierować tę osobę 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. Warunkiem objęcia ochroną na odmiennych warunkach jest wyrażenie zgody na zaproponowane zmiany przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową.
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 miesiącu, w którym:
 - i. został zawarty związek małżeński – w przypadku Małżonka,
 - ii. 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, jeżeli dany Pracownik nie został objęty ochroną ubezpieczeniową.
11. Osoba, za którą nie została opłacona Składka należna, 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 70 lat;
 - ii. pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym ustał stosunek pracy albo umowa cywilnoprawna, na podstawie której Ubezpieczający zatrudnił 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 należnej w ostatnim dniu terminu, o którym mowa w § 12 ust. 3;
 - d) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - e) w ostatnim dniu 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 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, albo Pełnoletnim Dzieckiem ukończył 70 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 albo Pełnoletnim Dzieckiem.
4. Odpowiedzialność Unum z tytułu danej Umowy dodatkowej kończy się:
 - a) w dniu rozwiązania Umowy podstawowej lub
 - 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 muszą spełnić 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 osiągnięty, Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” nie zostanie zawarta.
2. Jeżeli w ostatnim dniu Roku ubezpieczenia nie zostanie spełniony warunek, o którym 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 tego warunku.

§ 16. ZMIANA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Umowa ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” dla wyodrębnionych grup Ubezpieczonych może określać odmienne parametry ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, wysokości Składek oraz Sum ubezpieczenia (zwane dalej „Wariantami”).
2. Parametry ubezpieczenia w ramach danego Wariantu są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w tym Wariantcie.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość Składek indywidualnych oraz wysokość Sum ubezpieczenia mogą być różne dla poszczególnych Wariantów funkcjonujących w ramach jednej Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”. Rodzaje, w tym parametry, poszczególnych Wariantów oraz warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Wariantu określone są w Specyfikacji polisy.
4. Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną w ramach tylko jednego Wariantu podstawowego.
5. Ubezpieczony może zmienić Wariant lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia w ramach Wariantu, w którym jest objęty ochroną ubezpieczeniową, jeżeli taka możliwość została przewidziana w Specyfikacji polisy.
6. Zmiana Wariantu lub podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach Wariantu są możliwe po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach wnioskowanego Wariantu lub po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do podwyższenia Sumy ubezpieczenia oraz po uzyskaniu akceptacji Unum i wymaga złożenia przez Ubezpieczonego w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Unum wniosku o zmianę Wariantu lub wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia.
7. Spełnienie warunków, o których mowa w ust. 6 powyżej, powoduje zmianę Wariantu, w tym zmianę zakresu ochrony, wysokości Składki oraz Sum ubezpieczenia, lub podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach dotychczasowego Wariantu, ze skutkiem od pierwszego dnia kolejnego Roku ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o zmianę Wariantu lub zmianę Sumy ubezpieczenia w ramach Wariantu został złożony do Unum i przez Unum zaakceptowany przed rozpoczęciem tego kolejnego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 i ust. 9 poniżej.
8. Zmiana Wariantu lub podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach Wariantu możliwe są jedynie w przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu podpisania wniosku o zmianę Wariantu lub wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia w ramach Wariantu lub w dniu ich złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania wniosków w innej formie niż pisemna) nie przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie rodzicielskim w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i w stosunku do których nie orzeczono niezdolności do pracy.
9. Przed wyrażeniem zgody na zmianę Wariantu skutkującą podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach danego Wariantu 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.

10. Jeżeli zmiana Wariantu skutkuje podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, a w stosunku do Ubezpieczonego w dniu podpisania wniosku o zmianę Wariantu lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez Unum możliwości składania wniosków w formie elektronicznej) nie zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 7 i ust. 8 powyżej, zmiana Wariantu jest możliwa od pierwszego dnia Roku ubezpieczenia następującego po spełnieniu tych warunków, z zastrzeżeniem ust. 11 poniżej.
11. W przypadku wskazanym w ust. 9 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 Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego, przysługuje Uposażonemu.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych, wraz z określeniem procentowego udziału każdej z tych osób w kwocie Świadczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania wcześniej wskazanych Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych.
4. Wskazanie, zmiana lub odwołanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego staje się skuteczne z dniem otrzymania przez Unum pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Głównych, ale nie określił ich udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
6. Uposażeni Zastępczy będą uprawnieni do otrzymania Świadczenia jedynie wtedy, gdy wskazanie każdego z Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne (ust. 9 poniżej).
7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Zastępczych, ale nie podał ich procentowego udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
8. W przypadku gdy suma określonych przez Ubezpieczonego udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, wówczas przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
9. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z nim. W takim przypadku udział tego Uposażonego w kwocie Świadczenia zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do wielkości ich udziałów w kwocie Świadczenia.
10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnych Uposażonych, odwołał wcześniej wskazanych Uposażonych lub wskazanie każdego z Uposażonych stało się bezskuteczne (ust. 9), Świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom;
 - 3) rodzicom;
 - 4) rodzeństwu.
11. Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności w ust. 10 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. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 poniżej 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 objętej zakresem ubezpieczenia na podstawie 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 objętego ochroną ubezpieczeniową 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.
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 sądu, prokuratury, policji i innych organów i instytucji o udzielenie dodatkowych informacji i materiałów dotyczących 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 wiadomości Unum. 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. Ubezpieczony będący Pracownikiem, którego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” zakończyła się z powodu, o którym mowa w § 14 ust. 2 pkt a) tiret ii, iii lub iv, a także jego Małżonek albo Partner Życiowy lub Pełnoletnie Dziecko (o ile byli objęci ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”) mogą bez udokumentowania zdolności ubezpieczeniowej zawrzeć z Unum umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Warunkiem zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie jest łączne spełnienie następujących warunków:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, udzielana przez Unum z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, do którego to okresu, pod warunkiem zachowania ciągłości, zaliczony zostanie okres obejmowania tej osoby 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 przez Unum osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, 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 przez Unum osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem iż składkę uważa się za opłaconą w dacie uznania rachunku bankowego Unum.

3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie może zostać zawarta na warunkach zaproponowanych przez Unum, a składka ubezpieczeniowa zostanie wyliczona w oparciu o aktualny Wiek osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie 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 z tytułu Umowy podstawowej w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, zastrzeżonej dla osoby wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie.
5. W przypadku zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” może nastąpić nie wcześniej niż z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym rozwiązana została umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie i po spełnieniu przez osobę wnioskującą o objęcie ochroną warunków, o których mowa w § 13, oraz po zweryfikowaniu przez Unum Zdolności ubezpieczeniowej.
6. Ponowne przystąpienie do Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy” bez rozwiązania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub bez poddania się weryfikacji medycznej jest bezskuteczne. Unum dokona wówczas zwrotu Składek wpłaconych z tego tytułu.

§ 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.
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, Ubezpiezonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia, dotyczące Umowy ubezpieczenia

„Pakiet dla Firmy”, powinny być składane na piśmie, o ile Unum nie udostępni możliwości składania ww. zawiadomień, oświadczeń lub wniosków w innej formie.

2. Unum, Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są informować o każdej zmianie adresu korespondencyjnego.
3. Pisma skierowane do Ubezpieczającego, Ubezpiezonego 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. Jakiegokolwiek podatki 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, Ubezpiezonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z tytułu Umowy ubezpieczenia „Pakiet dla Firmy”, jak również spadkobiercy Ubezpiezonego 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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek

Borys Kowalski




Prezes Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

Członek Zarządu
Unum Życie TUiR S.A.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków Pakietu ŚNW 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚNW.

§ 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 pozostawania przez Ubezpieczonego 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 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK 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. 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWK.

§ 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 Ubezpieczonego 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) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 wskazane w § 3 Unum wypłaci Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną 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 nagle);
 - 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 cywilnoprawnej 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. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚWP.

§ 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, 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 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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.

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

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu SZU**”), 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 SZU stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu SZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu SZU definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Śmierć na skutek udaru mózgu** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, który w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego;
 - b) **Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego, który w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego i którego wystąpienie poparte jest dokumentacją medyczną (np. kartą wyjazdową pogotowia ratunkowego, wynikiem badania EKG, dokumentacją medyczną z procesu diagnostyki i leczenia choroby niedokrwiennej serca).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU 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 z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU 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 SZU nie zostanie wypłacone:
 - a) w przypadkach określonych w § 18 OWU Pakiet dla Firmy, a także;
 - b) jeżeli Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu nastąpiła bezpośrednio w wyniku odpowiednio 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 diagnostyczne lub lecznicze trwały

lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 poniżej.

2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU, postanowienia ust. 1 b) powyżej nie mają zastosowania.
3. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 1 pkt b) powyżej – pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z zawałem serca lub udarem mózgu, którego bezpośrednim następstwem była Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego Ubezpieczonego lub Śmierć na skutek udaru mózgu Ubezpieczonego, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) zawał serca lub udar mózgu, jak również Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu miały miejsce w okresie odpowiedzialności Unum wobec Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU;
 - b) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
 - c) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - d) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
 Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Postanowienia zawarte w ust. 3 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wpłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu SZU.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu SZU 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 sekcyjnego, 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.

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

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP 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 objętym zakresem 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 tej 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 okresie 6 miesięcy, licząc 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP, odpowiedzialność Unum z tytułu śmierci Małżonka lub Partnera Życiowego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, w okresie 6 miesięcy od daty zmiany, ograniczać się będzie do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć małżonka lub partnera życiowego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMP 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 ŚMP nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, lub 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW jest śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego, 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW.

§ 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.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, lub 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, 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 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 Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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 dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPNW w oparciu 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, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu ŚMPWK**”), 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 ŚMPWK stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu ŚMPWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU „Pakiet dla Firmy”, chyba że Warunki Pakietu ŚMPWK definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, 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. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Małżonek albo Partner Życiowy poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny;
 - b) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK jest śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego;
- b) śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Wypadku komunikacyjnego;
- c) Wypadek komunikacyjny i śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK rozpoczyna się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK 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 ŚMPWK nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego,

w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, lub jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo 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 ŚMPWK;
- c) prowadzenia przez Małżonka albo Partnera Życiowego pojazdu mechanicznego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- d) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- e) pozostawiania przez Małżonka albo Partnera Życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera Życiowego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu ŚMPWK.
4. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚMPWK w oparciu 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, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanym 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” (zwanym dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione, pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe i które nie ukończyło 25 lat.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD jest śmierć Dziecka, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚD rozpoczyna się na zasadach 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.

§ 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 niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Dziecka, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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 dodatkowej 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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanym 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**” (zwanym dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu ŚDNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚDNW 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu ŚDNW.

§ 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.

§ 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) pozostawiania przez Dziecko w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1-4 oraz ust. 6-9 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 5 w związku z § 2

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO PAKIETU RODZINNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina 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 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 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 lub ojciec lub matka Małżonka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego), a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka;
 - e) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego pozostające pod jego władzą rodzicielską, które urodziło się żywe (w przypadku Urodzenia Dziecka) lub które urodziło się 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, a także przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego, pod warunkiem że urodzenie dziecka i przysposobienie miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, a Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconego aktu urodzenia dziecka;

- g) **Urodzenie Dziecka martwego** – urodzenie martwego Dziecka po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone odpowiednią adnotacją w odpisie skróconego aktu urodzenia;
- h) **Wada wrodzona** – wyłącznie taka wada, która oznacza nieprawidłowość rozwojową narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w okresie zarodkowym lub płodowym, upośledzające czynność ustroju, która istniała w chwili Urodzenia Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka. Odpowiedzialnością Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina są objęte tylko i wyłącznie Wady wrodzone wskazane w Tabeli Wad Wrodzonych;
- i) **Tabela Wad Wrodzonych** – tabela określająca rodzaj Wady wrodzonej Dziecka, która stanowi integralną część Warunków Pakietu Rodzina.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina jest:

- a) Urodzenie Dziecka;
 - b) Urodzenie Dziecka martwego;
 - c) Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną;
 - d) śmierć Rodzica;
- które nastąpiły w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, a także:
- e) 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. W przypadku Urodzenia Dziecka, Urodzenia Dziecka martwego lub Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia któregośkolwiek z wyżej wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie 9 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka albo na dzień Urodzenia Dziecka martwego albo na dzień Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem ust. 6 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 tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia wyżej wskazanego Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 6 miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie wyłącznie do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 3 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina w dacie nabycia uprawnień do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina odpowiedzialność Unum z tytułu:
 - a) Urodzenia Dziecka, Urodzenia Dziecka martwego lub Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną w okresie 9 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą;
 - b) śmierci Rodzica (niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem) w okresie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
6. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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:
 - a) Urodzenia Dziecka;
 - b) Urodzenia Dziecka martwego;
 - c) Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną;
 - d) śmierci Rodzica (niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem);
 w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 oraz ust. 3 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina.
7. Postanowienia zawarte w ust. 6 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował urodzenie dziecka, urodzenie martwego dziecka, urodzenie dziecka z wadą wrodzoną lub śmierć rodzica niespowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
8. W odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, 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:
 - a) Urodzenia Dziecka;
 - b) Urodzenia Dziecka martwego;
 - c) Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną;
 w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina.
9. Postanowienia zawarte w ust. 8 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony będący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia

grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował urodzenie dziecka, urodzenie martwego dziecka, urodzenie dziecka z wadą wrodzoną,

- b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
10. 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. 11 poniżej.
 11. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina w związku ze śmiercią Rodzica oraz w związku ze śmiercią Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firmy, ale nie później niż po wypłaceniu Ubezpieczonemu czwartego Świadczenia w związku ze śmiercią Rodzica oraz w związku ze śmiercią Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu Rodzina w związku ze śmiercią 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, 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 Nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka martwego nie zostanie wypłacone w przypadku poronienia, do którego doszło przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).
3. Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną nie zostanie wypłacone, jeżeli Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną nastąpiło na skutek:
 - a) choroby lub urazu Dziecka zaistniałych podczas porodu;
 - b) choroby AIDS lub zarażenia się Dziecka wirusem HIV w okresie zarodkowym lub w okresie płodowym;
 - c) przyjmowania przez matkę biologiczną Dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

§ 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) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1, ust. 5 a), ust. 6 i ust. 8.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt b) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie należne z tytułu Urodzenia Dziecka powiększone o Sumę ubezpieczenia właściwą dla Urodzenia Dziecka martwego, określoną w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, aktualną na dzień Urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1, ust. 5 a), ust. 6 i ust. 8.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie należne z tytułu Urodzenia Dziecka powiększone o Sumę ubezpieczenia właściwą dla Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną określoną

w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, aktualną na dzień Urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1, ust. 5 a), ust. 6 i ust. 8 oraz z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c), niezależnie od liczby zdiagnozowanych u Dziecka Wad wrodzonych, Unum wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną.
6. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt d) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Rodzica, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3, ust. 5 b) i ust. 6.
7. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt e) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Rodzica, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu Rodzina.
9. 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, Urodzenia Dziecka martwego lub Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną:
 - i. kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - ii. w przypadku Urodzenia Dziecka – oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - iii. w przypadku Urodzenia Dziecka martwego – oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe; dokument potwierdzający tydzień ciąży (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - iv. w przypadku Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną – oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka; dokumentację medyczną potwierdzającą Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży, dokumentację medyczną potwierdzającą diagnozę;
 - v. w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie;
 - vi. 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 – oryginał aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - vi. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust.1-3 i 9-13 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust.4-8 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UNW.

§ 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) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące określony w Tabeli Norm dla danego Uszczerbku na zdrowiu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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 wypłaty 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 stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, 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 Uszczerbku na zdrowiu powstałego 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 określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.

8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków 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) dokumentację medyczną 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.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust.1-3, ust.5 i ust. 7-9 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4 i ust. 6 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, rozpoczynające się od słowa „Uwaga”, umieszczone po pkt 1, 4, 5, 9, 12 i 13 przedmiotowej Tabeli.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Tabela Norm** – Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, która stanowi integralną część Warunków Pakietu UZU;
 - b) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy, który wywołuje następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami następujących badań obrazowych: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się wyłącznie:
 - i. porażenie i niedowład kończyn;
 - ii. zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - iii. padaczkę poudarową;
 - iv. uszkodzenie ośrodków nerwów czaszkowych;
 - v. zaburzenia mowy;
 - vi. encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu). Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii 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.
 - 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach 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;
- b) Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu powodujący Uszczerbek na zdrowiu został zdiagnozowany w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU;
- 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 u Ubezpieczonego 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 powstał bezpośrednio w wyniku Zawału mięśnia sercowego pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą niedokrwinną serca, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu

- której u Ubezpieczonego postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków Pakietu UZU postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
 4. Jeżeli choroba niedokrwienna serca, o której mowa w ust. 2 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Zawałem serca będącym bezpośrednią przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował uszczerbek na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się,
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
 5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 określony w Tabeli Norm dla danego Uszczerbku na zdrowiu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru 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 Udaru mózgu przysługuje maksymalnie za 100% Uszczerbku na zdrowiu. Suma Świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UZU nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
5. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu w obrębie kończyny, organu, układu lub narządu, których 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 Udaru mózgu, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone jako różnica pomiędzy upośledzeniem funkcji danego narządu, organu, układu lub kończyny 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) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust.1-3 i ust. 9-15, w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust.4-8 i ust.16, w związku z § 2. Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

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

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu UMPNW”), 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 UMPNW stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu UMPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki UMPNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera Życiowego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu 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);
 - 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 UMPNW;
 - d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, niepowodujące trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW jest Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego był Nieszczęśliwy wypadek;
- b) Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego powstał w terminie nieprzekraczającym 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

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

2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW 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 UMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek albo Partner Życiowy ukończył 70 lat, lub jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący powstanie Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera Życiowego w aktach terroru lub w zamieszkach;
- b) próby samobójstwa Małżonka albo Partnera Życiowego, samo-okaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka albo Partnera Życiowego;
- c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera Życiowego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- d) pozostawania przez Małżonka albo Partnera Życiowego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 określony w Tabeli Norm dla danego Uszczerbku na zdrowiu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku 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 u Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny mającego charakter wielomiejscowy odpowiedzialność Unum ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w wysokości nie wyższej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego, polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego 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 stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, 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 Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się trwałego Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Małżonka albo Partnera Życiowego 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 określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych.
 8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego wcześniej na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Pakietu UMPNW.
 9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego.
 10. Jeżeli według opinii lekarza Unum wydanej na podstawie badania i dokumentacji medycznej, okres leczenia Małżonka albo Partnera Życiowego 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 UMPNW.
 13. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka albo Partnera Życiowego;
 - d) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku Małżonka albo Partnera Życiowego wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera Życiowego 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 lub Partnera Życiowego – w tym dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.
 14. Unum w celu ustalenia prawa do Świadczenia, jak również jego wysokości z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW, może skierować Małżonka albo Partnera Życiowego 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.
 15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 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. 13 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 14 powyżej.
 16. Jeżeli Małżonek albo Partner Życiowy odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 14 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu UMPNW.

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

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP 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 uzyskać 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP jest:

1. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP;
 - 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP 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 jakiejkolwiek pracy w przyszłości.

2. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP;
 - b) Niezdolność do pracy nastąpiła w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP i 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 jakiejkolwiek 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) pozostawiania przez Ubezpieczonego 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 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do pracy Ubezpieczonego powstała bezpośrednio w wyniku Choroby, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
4. Jeżeli Choroba, o której mowa w ust. 2 powyżej, będąca bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy

Ubezpieczonego, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował niezdolność do pracy ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
- b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
- c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.

Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TNP.

5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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 dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną potwierdzającą zasadność roszczenia;
 - d) zwolnienia lekarskie;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1-2, ust. 4 i ust. 7-9, w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust.3 i ust.5-6, w związku z § 2. Postanowienia Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (Tabela Norm), rozpoczynające się od słów „Uwaga”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW 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 nagle);
 - b) **Trwałe inwalidztwo** – Uszczerbek na zdrowiu w stopniu nie mniejszym niż 50%. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Norm;
 - 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 objętym zakresem 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 i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa nastąpił w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW;
- 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 będący bezpośrednią i wyłączną przyczyną 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) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”. Wysokość Świadczenia jednorazowego oraz wysokość Świadczenia w formie rat miesięcznych określone są w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Świadczenie w formie rat miesięcznych będzie wypłacane przez Unum przez okres 5 lat począwszy od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia jednorazowego.
4. Rodzaj i stopień Trwałego inwalidztwa 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW.
6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu TINW 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 Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową 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 Unum 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) dokumentację medyczną 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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH 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 u Ubezpieczonego i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH i które spełniają definicję wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych 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*. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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. 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.
4. 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.

5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (płasawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 czarniej śródmózgowia. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone 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. 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.
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. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu 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 oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy 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 Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 wyniku którego 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.

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) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - 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 Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu musi 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 przebiecie 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 operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH.
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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Pierwotne nadciśnienie płucne 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie Piorunującego zapalenia wątroby 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 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). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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.Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
 23. 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) 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 nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkiem cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
 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 Sepsy 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:
 - 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 łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia u Ubezpieczonego trwałych ubytków neurologicznych 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 laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
 30. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biocytorii 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, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami następujących badań obrazowych: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się wyłącznie:
 - a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii 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 przedślonkowego.
- 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 funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 Utraty mowy musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańcuchów 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”:
 - 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 potwierdzony przez lekarza jako 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). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Ubezpieczony może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczępieniu 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 Wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem 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 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.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione 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 Ubezpieczonym, 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 (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 nabycia przez

Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
- b) zranienia podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:

- a) do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- b) w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
- c) Ubezpieczony przedstawił 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 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.

41. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie Ubezpieczonego 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 z obowiązującymi standardami medycznymi 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.

Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, 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 zastrzega sobie prawo dostępu 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 połowicze 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 biegunek), 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego – w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy dodatkowej – którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3. 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 tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na

podstawie Warunków Pakietu PCH w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę ubezpieczonego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. 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, a także 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) pozostawania przez Ubezpieczonego 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 Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH nie zostanie wypłacone w przypadku,

gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze, o którym mowa w ust. 2 powyżej, dotyczące Poważnej choroby zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków Pakietu PCH jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne zachorowanie;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 u Ubezpieczonego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCH będzie zredukowany o tę Poważną chorobę, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Poważne choroby, które pozostają z tą Poważną chorobą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.
5. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia będzie zredukowany

wyłącznie o ten Nowotwór złośliwy (jednostkę chorobową), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.

6. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej choroby wskazanej w § 3, Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej zdiagnozowanej Poważnej choroby, z zastrzeżeniem ust. 5 powyżej.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCH.
8. 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) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. historię 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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „Warunkami Pakietu CHN”), 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 CHN stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu CHN określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu CHN definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba nowotworowa** – Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - b) **Nowotwór złośliwy** – 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- i. guzy opisywane jako nowotwory *in situ* (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- ii. 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;
- iii. mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- iv. nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM [łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji];
- v. rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

- a) **Nowotwór o granicznej złośliwości** – wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - i. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - ii. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - iii. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;

- iv. raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*), wymagającego zabiegu operacyjnego;
- v. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego wymagające:
 - a. zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - b. więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej Choroby nowotworowej, tj.:

- a) Nowotworu złośliwego;
- b) Nowotworu o granicznej złośliwości.

Diagnoza Choroby nowotworowej musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Unum rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie pierwszych 3 miesięcy od wyżej wskazanego dnia Unum wypłaci Świadczenie w wysokości 10% Świadczenia, które byłoby wypłacone z tytułu Nowotworu o granicznej złośliwości, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN odpowiedzialność Unum z tytułu zdiagnozowania Choroby nowotworowej w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN kończy się na zasadach wskazanych w OWU Pakiet dla Firm.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba nowotworowa wystąpiła bezpośrednio w wyniku chorób powstałych w następstwie zakażenia wirusem HIV.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy postępowanie diagnostyczne lub lecznicze Choroby nowotworowej trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Choroba nowotworowa pozostaje w związku

przyczynowo-skutkowym z chorobą, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Choroby nowotworowej, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą nowotworową została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował ubezpieczenie na wypadek poważnej choroby, w tym diagnozę nowotworu złośliwego lub nowotworu o granicznej złośliwości;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
 Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 wskazane w § 3 Unum wypłaci Ubezpieczonemu:
 - a) w przypadku Nowotworu złośliwego – Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej aktualnej na dzień zdiagnozowania tego Nowotworu złośliwego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”;
 - b) w przypadku Nowotworu o granicznej złośliwości – Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej aktualnej na dzień zdiagnozowania tego Nowotworu o granicznej złośliwości, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 oraz ust. 3 poniżej.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN pod warunkiem, że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Świadczenia z tytułu Choroby nowotworowej Unum nie będzie ponosić odpowiedzialności i nie wypłaci Świadczenia w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej (jednostki chorobowej), z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej pozostającej w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą nowotworową, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia ust. 4 powyżej nie mają zastosowania w przypadku, gdy zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba nowotworowa w postaci Nowotworu o granicznej złośliwości, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie zmieni stadium i spełni definicję Nowotworu złośliwego. Wówczas łączna wysokość Świadczeń wypłaconych w związku ze zdiagnozowaniem ww. Nowotworu o granicznej złośliwości oraz ww. Nowotworu złośliwego nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu CHN.
7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu CHN w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumentację medyczną Ubezpieczonego (np. dokumentację medyczną z procesu diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej);
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1-3 i ust. 7-10, w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 4-6 i 11 w związku z § 2 i § 3.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM 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, 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 MAŁŻONKA

Za Poważną chorobę Małżonką objętą odpowiedzialnością Unum uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Małżonka oraz wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Małżonka w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM i spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych 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*. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznego 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. 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.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingtona (płasawicę Huntingtona)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące

schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 następujące jednostki: 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 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. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 obecnie 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. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej

i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu 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 oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy 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 **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż $500/\text{mm}^3$,
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż $20\,000/\text{mm}^3$,
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż $20\,000/\text{mm}^3$.
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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniami histopatologicznymi. 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) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e) raka brodawkowatego 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 Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu 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 przeprowadzoną 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 w postaci: angioplastyka przezskórna, terapia laserowa czy inne metody leczenia nieoperacyjnego.
17. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przeprowadzenie 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 operację chirurgiczną przeprowadzoną 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM.
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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 miększego 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). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
23. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego u Małżonka. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkami cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako Ropień mózgu.
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 Sepsy 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 u Małżonka co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych:
- 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 wstępnej diagnozy. 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 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 pozaczaszkowego, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami następujących badań obrazowych: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się:
- a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
- Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii 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.
32. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji Małżonka.
33. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie Utraty mowy 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 potwierdzony 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). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 Wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem 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 Alzheimera)**, który oznacza rozpoznanie u Małżonka choroby Alzheimera lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimera to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozrzuconych 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione u Małżonka wszystkie wymienione niżej warunki:
- a) trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - b) istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera 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 Alzheimera lub otępieniem innego rodzaju.
39. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwice zapalenie trzustki), czyli agresywną postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwiczych. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego 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.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, 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 w stosunku do Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM;
- 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 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.

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 udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, 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.

Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, 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 jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Unum zastrzega sobie prawo dostępu do próbek krwi Małżonka oraz możliwości 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia 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 biegunek), 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM jest zdiagnozowanie u Małżonka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3 Warunków Pakietu PCHM. Diagnoza danej Poważnej choroby Małżonka 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 PCHM, z zastrzeżeniem, że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną

ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Małżonka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę małżonka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM 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 PCHM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także 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) pozostawiania przez Małżonka 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 Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 40 oraz ust. 41.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Małżonka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy

dotodkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą została zdiagnozowana u Małżonka lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Małżonka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Poważnej choroby Małżonka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Małżonka, została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne zachorowanie małżonka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM będzie zredukowany o tę Poważną chorobę Małżonka, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Poważne choroby Małżonka,

które pozostają z tą Poważną chorobą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.

5. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego, zakres ubezpieczenia będzie zredukowany wyłącznie o ten Nowotwór złośliwy (jednostkę chorobową), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. 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.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCHM.
8. 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) dokumentację medyczną Małżonka (np. historię 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.
9. 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.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 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. 8 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 9 powyżej.
11. Jeżeli Małżonek odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 9 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHM.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1-3 i ust. 7-10, w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 4-6 i ust. 11, w związku z § 2 i § 3.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD 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 zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Dziecka i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Dziecka w okresie udzielania ochrony Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłą, nieswoiste zapalenie jelit 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.
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 Choroby Heinego-Medina (*poliomyelitis*) 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 następujące jednostki: 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 wystąpienie deficytu neurologicznego skutkującego 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 Cukrzycy 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. Rozpoznanie Dystrofii mięśni musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i udokumentowane wynikami badań biochemicznych, elektromiografii i biopsji mięśni.
7. 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. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu 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 oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy 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.
8. 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 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 Niewydolności wątroby 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 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym. 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) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - 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.
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 dziesiętników”.
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 definicję Paraliżu, gdy prowadzi do porażenia utrzymującego się bez poprawy, pomimo stosowania leczenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy. Paraliż musi zostać potwierdzony przez lekarza neurologa.
14. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej 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.Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
15. 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 zostanie 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 przebycie 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 obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD.
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 Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powinno być potwierdzone wynikami badań i dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD jest zdiagnozowanie u Dziecka, w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową

z tytułu tej Umowy dodatkowej, którejkolwiek z Poważnych chorób zdefiniowanych w § 3 Warunków Pakietu PCHD. 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 okresie 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, odpowiedzialność Unum z tytułu Poważnej choroby Dziecka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważną chorobę dziecka;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum przed datą zawarcia Umowy dodatkowej informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD 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 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, 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 Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) wad wrodzonych;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 22.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Dziecka, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Dziecka w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
 3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Dziecka została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Dziecka zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
 5. Jeżeli postępowanie diagnostyczne lub lecznicze dotyczące Poważnej choroby Dziecka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego lub jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą Dziecka została zdiagnozowana u Dziecka lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało rozpoczęte lub trwało u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków Pakietu PCHD jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne zachorowanie dziecka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
 6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, aktualnej na dzień zdiagnozowania u Dziecka Poważnej choroby.
3. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD będzie zredukowany o tę Poważną chorobę Dziecka, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Poważne choroby Dziecka, które pozostają z tą Poważną chorobą Dziecka w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Niezależnie od postanowień ust. 4 powyżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego, zakres ubezpieczenia będzie zredukowany wyłącznie o ten Nowotwór złośliwy (jednostkę chorobową), z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. 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.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PCHD.
8. 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) dokumentację medyczną Dziecka (np. historię 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 Dziecka 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.
9. 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.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 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. 8 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 9 powyżej.
11. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania Dziecka badaniom, o których mowa w ust. 9 powyżej, Unum może uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PCHD.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH 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 Ubezpieczonego lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi u Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
 - d) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaje Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków Pakietu OCH.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 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 okresie 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do

Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH odpowiedzialność Unum z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną ubezpieczonego;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH kończy się 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 OCH nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a) OWU Pakiet dla Firmy, a także jeżeli Operacja chirurgiczna została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH;
 - b) próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) leczenia wad wrodzonych rozpoznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH;

- e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (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 i ust. 5 poniżej.
 3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH 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 diagnostyczne lub lecznicze zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, postanowienia ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
 5. Jeżeli Choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną przeprowadzoną w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a także jeżeli skierowanie na Operację chirurgiczną, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Operacji chirurgicznej, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków Pakietu OCH jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
 Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie Świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCH, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
 6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji 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 z tytułu Operacji chirurgicznej w wysokości ustalonego na podstawie Tabeli Operacji Chirurgicznych 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 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 Operacji Chirurgicznych 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 Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należna jest najwyższa kwota Świadczenia.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu 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) dokumentację medyczną 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.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu OCHM**”), 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 OCHM stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu OCHM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy, chyba że Warunki Pakietu OCHM definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM 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 Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Małżonka, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka. 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 u Małżonka w związku z Chorobą lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialnością Unum objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
 - d) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaj Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków Pakietu OCHM.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Małżonka w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM.

§ 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 OCHM, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 3 miesięcy, licząc 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną

ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM odpowiedzialność Unum z tytułu Operacji chirurgicznych Małżonka niespowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty zmiany ogranicza się do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną małżonka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM kończy się 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 OCHM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także jeżeli Operacja chirurgiczna Małżonka została przeprowadzona bezpośrednio w wyniku:
 - a) Nieszczęśliwego wypadku Małżonka, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM;
 - b) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - c) próby samobójstwa Małżonka, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - d) leczenia wad wrodzonych lub schorzeń wynikających z tych wad wrodzonych, rozpoznanych przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM;
 - e) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków Małżonka, które

zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM;

- f) pozostawania przez Małżonka w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - g) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - h) popełnienia przez Małżonka czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - i) pełnienia przez Małżonka służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Operację chirurgiczną zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Operacji chirurgicznej u Małżonka postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z przeprowadzoną u Małżonka Operacją chirurgiczną została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Małżonka trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. Jeżeli Choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną Małżonka przeprowadzoną w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, została zdiagnozowana lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Małżonka zostało rozpoczęte lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego a także jeżeli skierowanie na Operację chirurgiczną Małżonka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Operacji chirurgicznej Małżonka, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków Pakietu OCHM jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
- a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował operację chirurgiczną Małżonka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
- Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego

informacji 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 z tytułu Operacji chirurgicznej Małżonka w wysokości ustalonego na podstawie wskazanego w Tabeli Operacji Chirurgicznych procentu Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień przeprowadzenia u Małżonka Operacji chirurgicznej.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych u Małżonka w ciągu kolejnych 12 miesięcy, liczonych od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność 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 Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Małżonek zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, Unum wypłaci Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych Unum wypłaci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należy jest najwyższa kwota Świadczenia.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu OCHM.
7. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OCHM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka;
 - d) oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - e) dokumentację medyczną Małżonka (np. historię choroby, opisy wyników badań, opisy operacji);
 - f) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę), jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - g) 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;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1-6 i ust.13-15, w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 7-12 w związku z § 2.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Choroba nowotworowa** – rozumiana jako:
 - i. 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. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli 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. raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e. rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.
 W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.
 - ii. wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości** – który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
 - a. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;

- b. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- c. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- d. raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (*microcarcinoma*), wymagającego zabiegu operacyjnego;
- e. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (*borderline*) wg badania histopatologicznego wymagające zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału do badania.

- c) **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);
- d) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnego nadzoru, prowadzonych przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniających przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzonych w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
- e) **Pobyt w sanatorium** – pobyt w Sanatorium na podstawie skierowania na leczenie wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który rozpoczął się i trwał w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Unum na podstawie Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU oraz który jest kontynuacją leczenia po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, z tytułu którego należne jest Świadczenie;
- f) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawale serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
- g) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony do ruchu lądowego (w tym szynowego), wodnego oraz samolot pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;
- h) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie dłużej niż 14 dni pobyt na wydanym przez Szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po Pobycie w szpitalu, z tytułu którego należne jest Świadczenie;
- i) **Sanatorium** – znajdujący się w miejscowości uzdrowskiej i działający zgodnie z przepisami prawa zakład lecznictwa uzdrowskiego, przeznaczony do leczenia lub rehabilitacji chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz

do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostrzeń, przy wykorzystaniu naturalnych właściwości surowców leczniczych oraz naturalnego klimatu miejscowości, w której się znajduje;

- j) **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. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, 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;
- k) **Świadczenie apteczne** – dodatkowe Świadczenie wypłacane w przypadku Pobytu w szpitalu, na zasadach określonych § 6 ust. 12;
- l) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). 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;
- m) **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. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd komunikacyjny;
- n) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
 - i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej 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 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. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

- o) **Zawał serca** – powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:

- i. typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
- ii. świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
- 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 serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU jest:

- a) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 13;
- b) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej;
- c) Rekonwalescencja Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej;
- d) Pobyt w sanatorium Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu tej 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 PSU, z zastrzeżeniem że w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 1 miesiąca, licząc 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Unum wypłaci Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu ubezpieczonego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. 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

1. 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, a także jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub Pobyt na OIOM Ubezpieczonego powstały na skutek:
 - 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, 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 miał wpływ na zaistnienie Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) leczenia niepłodności;
 - e) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - g) wykonywania operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie odpowiedzialności Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU;
 - 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 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 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.

4. Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego z powodu Zawału serca lub Udaru mózgu, Choroby nowotworowej, Nieszczęśliwego wypadku, Wypadku komunikacyjnego, Wypadku w pracy lub Wypadku komunikacyjnego w pracy należy jest za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobylem w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym odpowiednio: tym Zawałem serca lub Udarem mózgu, tą Chorobą nowotworową, tym Nieszczęśliwym wypadkiem, tym Wypadkiem komunikacyjnym, tym Wypadkiem w pracy lub tym Wypadkiem komunikacyjnym w pracy.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem w pracy, Wypadkiem komunikacyjnym w pracy, Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, a także w przypadku, gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Chorobą nowotworową, która została zdiagnozowana przed datą objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą.
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 lub Chorobą nowotworową), Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 i ust. 9 poniżej.
8. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt b) Unum wypłaci Ubezpieczonemu dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, ale za nie więcej niż 5 dni Pobytu na OIOM, w wysokości stawki dziennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.
10. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt c) Unum wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, 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.
11. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt d) Unum wypłaci Ubezpieczonemu jeden raz w danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Pobytu w sanatorium Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w sanatorium i określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, pod warunkiem że Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego jest należne.

12. Dodatkowo w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 pkt a) Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie apteczne w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, pod warunkiem że Świadczenie za Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego jest należne. Świadczenie apteczne w danym Roku ubezpieczenia może zostać wypłacone po nie więcej niż trzech Pobytach w szpitalu Ubezpieczonego, które rozpoczęły się i trwały w danym Roku ubezpieczenia.
13. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dotyczącej pobytu w szpitalu ubezpieczonego zawartej w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tej umowy w stosunku do Ubezpieczonego zakończyła się w przeddzień objęcia Ubezpieczonego 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU i który trwał nieprzerwanie w dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, Unum wypłaci Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu przypadający po rozpoczęciu udzielania Ubezpieczonemu przez Unum ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSU.
14. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSU.
15. 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) kartę informacyjną 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.

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

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała 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 Małżonka zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu 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, udaru mózgu, zatrucia ani wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - c) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia, trwający dłużej niż 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), 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. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM.

§ 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 okresie 1 miesiąca, licząc 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSM w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu małżonka;
 - b) ochrona udzielana w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM 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 PSM nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło po upływie Miesiąca polisowego, w którym Małżonek ukończył 70 lat, a także 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, 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 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM;
- 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 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 (zwanej dalej „stawką dzienną”), aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Małżonka, w zależności od czasu trwania oraz przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
4. Wyższa stawka dzienna z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka z powodu Nieszczęśliwego wypadku należna jest za pierwsze 14 dni Pobytu w szpitalu Małżonka, o ile dany Pobyt w szpitalu jest pierwszym Pobylem w szpitalu Małżonka spowodowanym danym Nieszczęśliwym wypadkiem.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Małżonka jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpiezonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Małżonka wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Małżonka spowodowanego Chorobą.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Małżonka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” jest najwyższa.
7. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Małżonka w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. W przypadku, gdy Pobyt w szpitalu Małżonka spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, Świadczenie zostanie

wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Małżonka w każdym Roku ubezpieczenia.

9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSM.
10. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSM w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentów tożsamości Ubezpiezonego i Małżonka;
 - c) oryginał odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - d) kartę informacyjną 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 Małżonka 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.

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

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD 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** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne 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 w Szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia Dziecka, trwający dłużej niż 1 dzień, rozumiany jako jedna zmiana daty. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się pobytów w szpitalu, których celem jest wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych 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. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, 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 objętym zakresem 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD.

§ 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 okresie 1 miesiąca, licząc 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD odpowiedzialność Unum z tytułu Pobytu w szpitalu Dziecka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu dziecka;
 - b) ochrona udzielana w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informacje o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD kończy się 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 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, 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 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD;
- 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 skutków użycia alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

10. 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) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kartę informacyjną 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.

§ 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 (zwanej dalej „stawką dzienną”), aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, w zależności od czasu trwania oraz od przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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 datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD, Unum za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Dziecka wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego Chorobą.
6. Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie maksymalnie za 180 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem i Chorobą, Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PSD wypłacone zostanie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy” jest najwyższa.
9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu PSD.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

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

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem 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 Wszczepienia kardiowertera/defibrylatora;
 - iv. wykonano Ablację;
 - v. wykonano pierwszą dializę w przypadku zastosowanej po raz pierwszy Dializoterapii.

§ 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;
3. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
4. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
5. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie 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 krótkotrwałej 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 objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP jest Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną

z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego.

§ 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 okresie 3 miesięcy, licząc od wyżej wskazanego dnia, odpowiedzialność Unum ograniczać się będzie do wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 poniżej.
2. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania w odniesieniu do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, który został objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP w dacie nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP odpowiedzialność Unum z tytułu Leczenia specjalistycznego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.
4. W odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Pracownikiem, 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 należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie Świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia zawarte w ust. 4 powyżej mają zastosowanie, pod warunkiem że:
 - a) Ubezpieczony niebędący Pracownikiem bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu niebędącemu Pracownikiem w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - c) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia;
 - d) Ubezpieczający przekazał Unum informację o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
6. 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, a także jeżeli Leczenie specjalistyczne było spowodowane:

- a) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samoookaleczenia 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 zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej lub w przypadku, gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego postanowiono przed wyżej wskazaną datą, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
 3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą prowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Unum z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, postanowienia ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
 5. Jeżeli choroba, o której mowa w ust. 3 powyżej, pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego rozpoczęło się lub trwało w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego a także jeżeli skierowanie na Leczenie specjalistyczne, o którym mowa w ust. 2 powyżej, zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego, o którym mowa w ust. 2 powyżej, postanowiono w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, Unum ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie warunków Pakietu LSP jedynie wtedy, gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) umowa dotycząca leczenia specjalistycznego znajdowała się w zakresie Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego;
 - b) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego i zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne;
 - c) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się;
 - d) zachowana jest ciągłość ubezpieczenia.
 Wówczas w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe niższej z kwot: kwocie świadczenia należnego z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego albo kwocie świadczenia należnego z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
 6. Postanowienia zawarte w ust. 5 powyżej mają zastosowanie pod warunkiem przekazania Unum przez Ubezpieczającego informacji o okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób ubezpieczonych, zakresie ochrony wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5 poniżej.
 3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu LSP będzie zredukowany o tę procedurę przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, z tytułu której Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te procedury leczenia specjalistycznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
 4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego prawo do Świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi procedurami przeprowadzonymi u Ubezpieczonego w ramach Leczenia specjalistycznego z medycznego punktu widzenia istnieje 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) dokumentację medyczną dotyczącą zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy”.

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych 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” (zwanych dalej „**OWU Pakiet dla Firmy**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu OD stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD 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 tytułu której Dziecko mogłoby uzyskiwać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód.

- c) oryginał odpisu skróconego 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 – dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do pracy;
- f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu OD 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 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 Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
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) oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku Ubezpieczonego w szpitalu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Pakiet dla Firmy” oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego.

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

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r. (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu REHMED**”), 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**”) oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanych dalej „**Warunkami Pakietu PSU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Pakietu REHMED stosuje się postanowienia OWU Pakiet dla Firmy, Warunków Pakietu PSU, Specyfikacji polisy, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach Pakietu REHMED określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU Pakiet dla Firmy oraz w Warunkach Pakietu PSU, chyba że Warunki Pakietu REHMED definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące bezpośrednią i jedyną przyczyną Pobytu w Szpitalu i Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, niemające bezpośredniego ani pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, zatrucia ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Placówka rehabilitacyjna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - c) **Rehabilitacja medyczna** – integralna część leczenia poszpitalnego, następująca po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, którego jest następstwem i z tytułu którego Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną uznaje się zlecone przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji zabiegi rehabilitacyjne Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawnienia wydaną przez lekarza specjalistę ds. rehabilitacji;
 - 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. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, prewencyjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED jest Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez Unum ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UNUM

1. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED.
2. Odpowiedzialność Unum z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED 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 REHMED nie zostanie wypłacone w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 pkt a) OWU Pakiet dla Firmy, a także w przypadku gdy Rehabilitacja medyczna została przeprowadzona na skutek:
 - 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) pozostawania przez Ubezpieczonego 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 Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - e) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
2. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - a) skierowanie na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o Rehabilitacji medycznej

Ubezpieczonego postanowiono przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED;

- b) przeprowadzenie Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wymagało działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 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 w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji medycznej, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED może zostać wypłacone maksymalnie za 3 Rehabilitacje medyczne przeprowadzone po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, z tytułu którego Świadczenie jest należne.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Unum kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Unum zgodnie z Warunkami Pakietu REHMED.
5. Unum ustala prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu REHMED w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) dokumentację medyczną obrazującą diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. kartę leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokument potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli Rehabilitacja medyczna była skutkiem doznanego urazu itp.);
 - c) wydane przez lekarza skierowanie na Rehabilitację medyczną;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację medyczną, którego następstwem była Rehabilitacja;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Unum.

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

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1-3 oraz ust. 7-12, w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4-6 oraz ust. 13, w związku z § 2.

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 Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 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, Potwierdzenia „Pakiet dla Firmy” 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 Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW 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** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne 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 określająca rodzaje Poważnych urazów oraz odpowiadające im wielkości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków Pakietu PUNW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem 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 udzielania Ubezpieczonemu przez Unum ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW.

§ 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.

§ 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, 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 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 określony w Tabeli Urazów dla danego Poważnego urazu procent Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
3. Rodzaj i stopień Poważnego urazu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Urazów po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
4. Świadczenie z tytułu Poważnego urazu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Poważnego urazu Dziecka powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku zgodnie z Warunkami Pakietu PUNW.
5. Za wszystkie Poważne urazy Dziecka powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego wypadku Unum wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie wyższej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków Pakietu PUNW, określonej w Potwierdzeniu „Pakiet dla Firmy”.
6. W przypadku gdy Poważny uraz Dziecka wystąpił w obrębie narządu, organu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed Nieszczęśliwym wypadkiem, stopień Poważnego urazu Dziecka zostanie ustalony w wyniku analizy upośledzenia danego narządu organu, układu lub kończyny przed tym 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 wypłaci 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) oryginał odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną 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.

TABELA NORM

OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (zwana dalej „Tabelą Norm”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- 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 Trwałego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach (zwanych dalej „Warunkami Pakietu TINW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka albo Partnera Życiowego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami Pakietu UMPNW”)

Stosowanym w niniejszej Tabeli Norm określeniom (pisanym wielką literą) nadaje się znaczenie zdefiniowane w Warunkach Pakietu UNW, Warunkach Pakietu TINW lub Warunkach Pakietu UMPNW, chyba że Tabela Norm definiuje je w inny sposób.

Na potrzeby Tabeli Norm poniżej wskazanym pojęciom nadaje się następujące znaczenie:

- **Rana** – uszkodzenie skóry lub tkanki podskórnej zaopatrzone chirurgicznie, przy czym zaopatrzenie chirurgiczne należy rozumieć jako zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych;
- **1% TBSA** – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni dorosłej osoby wraz z palcami;
- **Reguła dziewiątek Wallace’a** – reguła stosowana przy ocenie powierzchni oparzenia, zgodnie z którą: (a) powierzchnia głowy lub powierzchnia każdej z kończyn górnych to 9% powierzchni ciała, (b) powierzchnia brzucha to 9% powierzchni ciała, (c) powierzchnia klatki piersiowej to 9% powierzchni ciała, (d) powierzchnia tylna tułowia to 18% powierzchni ciała, (e) powierzchnia każdej z kończyn dolnych to 18% powierzchni ciała;
- **Hospitalizacja** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu, trwający co najmniej 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty;
- **Unieruchomienie** – unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, ortozy, stabilizatora, kołnierza ortopedycznego, gorsetu, szyny lub chusty trójkątnej, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Uwagi:

- Przy oparzeniach mieszanych I/II stopnia lub przy oparzeniach II/III stopnia uznaje się wyższy stopień oparzenia;
- Jeśli ten sam uraz leczony jest zachowawczo oraz operacyjnie, Uszczerbek na zdrowiu przyznawany jest wyłącznie z tytułu leczenia operacyjnego i z tego tytułu wypłacane jest świadczenie.

A. USZKODZENIA GŁOWY		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
1. Uszkodzenie powłok czaszki zaopatrzone chirurgicznie (bez uszkodzeń kostnych):		
a) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze od 3 cm do 10 cm		1
b) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze powyżej 10 cm		5
c) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze do 2 cm		1
d) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze od 3 cm do 5 cm		4
e) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze powyżej 5 cm		10
2. Złamania kości czaszki:		
a) sklepienia (za każdą kość)		2
b) podstawy (za każdą kość)		5
3. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z Hospitalizacją 1-2 dni		1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni		2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni		5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni		10
4. Krwaki i krwotoki śródczaszkowe w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) krwiak pourazowy śródczaszkowy potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (RM, TK) – leczony zachowawczo		5
b) krwiak pourazowy śródczaszkowy – leczony operacyjnie		20
5. Uszkodzenie nerwów czaszkowych (za każdy):		
a) błoczkowy, dodatkowy, podjęzykowy		2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy		5
B. USZKODZENIA TWARZY		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):		
a) Rana twarzy o rozmiarze od 2 cm do 8 cm		1
b) Rana twarzy o rozmiarze powyżej 8 cm		10
c) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA		5
7. Uszkodzenia nosa (Złamanie wymaga potwierdzenia w badaniach obrazowych):		
a) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa wieloodłamowe z przemieszczeniem		5

b) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa wymagająca operacji rekonstrukcyjnej	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. 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
9. Złamania kości twarzoczaszki (kości oczodołów, kości szczękowych, kości jarzmowych):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
11. Złamania żuchwy:	
a) Złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	1
12. Ubytek podniebienia	15
13. Urazy języka:	
a) Rana języka	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym lub energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojga oczu	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
16. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30
18. Uszkodzenie przewodów łzowych leczone operacyjnie:	
a) w jednym oku	5
b) w obojgu oczach	15
19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka wyłącznie po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2

b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z całkowitą utratą wzroku jednego oka	35
20. Jaskra wtórna pourazowa wyłącznie po urazie oka lub głowy	3
21. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
22. Urazy małżowiny usznej:	
a) Rana (każda)	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny leczona operacyjną rekonstrukcją	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
f) oparzenie małżowiny od II stopnia	1
23. Uszkodzenie pourazowe ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
24. Porażenie nerwu twarzowego (łącznie z pęknięciem kości skalistej):	
a) jednostronne	20
b) dwustronne	40
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
25. Uszkodzenie gardła, krtani lub tchawicy leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30
26. Uszkodzenie przełyku leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30
27. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) Rana (każda)	1
b) Oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	2
F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
28. Urazy części miękkich klatki piersiowej lub grzbietu (niewymienione w pkt. 29 poniżej):	
a) Rana o rozmiarze powyżej 3 cm do 10 cm (każda)	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm (każda)	3
c) Oparzenia od II stopnia – za każde 2% TBSA	1
29. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) Rana brodawki lub sutka	2
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa utrata sutka	5
e) całkowita utrata sutka	20
30. Złamania żeber – potwierdzone radiologicznie (RTG, TK, RM):	
a) Złamanie 1 żebra	1
b) Złamanie od 2 do 4 żeber	2
c) Złamanie od 5 do 10 żeber	7
d) Złamanie powyżej 10 żeber	10

31. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) Złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	6
32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone zachowawczo	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone wyłącznie drenażem opłucnej	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca leczone poprzez nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
34. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) Rana o rozmiarze od 3 cm do 10 cm	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm	3
c) oparzenia od II stopnia – za każde 3% TBSA	1
d) Rany, rana powięzi lub rana mięśni leczone operacyjnie bez otwierania jamy otrzewnej	3
e) Rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej	5
35. Uszkodzenie żołądka, jelit, sieci lub krezki jelita:	
a) leczone endoskopowo	2
b) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
c) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
36. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorta brzuszna, tętnice biodrowe wspólne, zewnętrzne i wewnętrzne, żyła główna dolna i żyły biodrowe wspólne) leczone operacyjnie	10
37. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) leczone chirurgicznie bez otwarcia jamy otrzewnej	3
b) leczone chirurgicznie z otwarciem jamy otrzewnej	5
c) zaopatrzone sztucznym odbytem (stomią)	20
38. Uszkodzenie śledziony:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
39. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
40. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
41. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
42. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo	2

b) uszkodzenie leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza moczowego	50
43. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenia prącia:	
a) Rany, uszkodzenia leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
45. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub obu jajników	40
46. Utrata macicy	40
47. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) Rana	3
b) uszkodzenia skóry, mięśni, powięzi leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	7
c) uszkodzenie leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
48. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym (C1-C7) potwierdzone badaniami dodatkowymi RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1
49. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1
50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi RTG czynnościowe, TK, RM:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
c) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
d) Złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
51. Urazy rdzenia kręgowego:	
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone zachowawczo	5
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone operacyjnie	20
J. USZKODZENIA MIEDNICY	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
52. Pourazowe rozejście się spojenia łonowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	5
53. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej (jednomiejscowe lub wielomiejscowe):	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)	20

55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwłknięcie centralne I stopnia	7
d) zwłknięcie centralne II stopnia	10
e) zwłknięcie centralne III stopnia	20
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. Izolowane Złamanie kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone Złamanie kości miednicy (np. Złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe Złamanie kości miednicy (np. Złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe Złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe Złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) Złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) Złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	4
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA	
ŁOPATKA	
57. Złamania łopatki:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne Złamania	1
OBOJCZYK	
58. Złamania obojczyka:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania	1
59. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwłknięcie I stopnia	1
b) zwłknięcie II stopnia	3
c) zwłknięcie III stopnia	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY	
60. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwłknięcia, Złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) zwłknięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne Złamania	2
f) Złamanie leczone protezoplastyką	20
61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	75
RAMIĘ	
63. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) wieloodłamowe, otwarte	12
b) otwarte	10
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	2
64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	1

d) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
e) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
65. Utrata kończyny w obrębie ramienia	65
STAW ŁOKCIOWY	
66. Złamanie w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej lub łokciowej):	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) jednemiejskowe z przemieszczeniem	5
c) inne	2
67. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie z Unieruchomieniem	2
b) zwinięcie	4
PRZEDRAMIĘ	
68. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) jednemiejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne	2
69. Złamanie trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe, otwarte lub złamania Monteggia, Galeazzi	10
b) otwarte	8
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
d) jednemiejskowe z przemieszczeniem	4
e) inne	2
70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
73. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) Złamanie mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	10
b) Złamanie jednemiejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwinięcia	7
e) skręcenia leczone Unieruchomieniem	1
74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
75. Uszkodzenia śródręcza:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 2 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1%TBSA	2
76. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii. Złamanie jednemiejskowe z przemieszczeniem	4
iii. inne złamania	2
b) II kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii. Złamanie jednemiejskowe z przemieszczeniem	2
iii. inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii. Złamanie jednemiejskowe z przemieszczeniem	1

iii. inne Złamania	1
KCIUK	
77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	3
c) utrata paliczka paznokciowego	6
d) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne Złamania	2
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	1
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
h) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
79. Uszkodzenia w obrębie wskaziciela:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	1
c) utrata paliczka paznokciowego	4
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	14
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania	1
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	2
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	1
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	2
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
81. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródręcza	10
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	4
h) utrata palca IV z kością śródręcza	5
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródręcza	4
82. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) palec III:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne Złamania	1
iv. Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1

v. oparzenia od II stopnia	1
vi. uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vii. zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne złamania	1
iv. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
c) palec V:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii. inne złamania	1
iii. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
Uwaga: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny górnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu oparzenia palców jednej ręki nie może przekroczyć 5%.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
STAW BIODROWY	
83. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie w stawie biodrowym	80
b) amputacja na poziomie uda	60
84. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
85. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	3
86. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenie mięśni uda potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	1
d) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	3
e) uszkodzenia naczyń (tętnic lub żył biodrowych, udowych, podkolanowych) leczone operacyjnie	8
KOLANO	
87. Złamanie kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiażdżeniowe	20
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3
88. Złamanie rzepki:	
a) skutkujące usunięciem rzepki	10
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3

89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego:	
a) skręcenie kolana leczone Unieruchomieniem	2
b) uszkodzenie łątki przyśrodkowej	3
c) uszkodzenie łątki bocznej	3
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno – LCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
h) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (z wyłączeniem zwichnięć nawykowych lub zwichnięć nastawionych przez chorego)	4
90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
91. Złamanie kości podudzia (piszczelowej lub piszczelowej i strzałkowej):	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne	3
92. Izolowane Złamanie kości strzałkowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne	1
93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	2
d) uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki leczone operacyjnie	7
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
f) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7
g) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
h) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
94. Utrata kończyny w obrębie podudzia	50
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone unieruchomieniem	2
b) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawu (badanie obrazowe potwierdzające np. uszkodzenie więzadeł)	2
c) Złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) Złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) Złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) Złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) Złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) Złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) Złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) Złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
96. Złamanie kości skokowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) wieloodłamowe	7
c) inne	3
97. Złamanie kości piętowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	12
b) wieloodłamowe	10
c) inne	5

98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
99. Uszkodzenie kości stępu (z wyłączeniem kości piętowej i skokowej) – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2
100. Złamanie kości śródstopia – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) wieloodłamowe, otwarte	6
b) otwarte	5
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) Rany grzbietu stopy (każda)	1
b) Rany podeszwy lub Rany stopy (każda)	2
c) oparzenie od II stopnia – za 1% TBSA	3
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
106. Uszkodzenie palucha:	
a) Rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	5
d) utrata całego palucha	10
e) utrata z kością śródstopia	15
107. Złamanie palucha:	
a) wieloodłamowe, otwarte	4
b) otwarte	3
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne	1
108. Złamanie w zakresie palców II, III, IV, V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2
b) inne	1
109. Utrata palców stopy II-V (każdy):	
a) częściowa	1
b) całkowita	3
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	5
111. Utrata palca V z kością śródstopia	7
112. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca	1
Uwaga: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.	
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
113. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15

b) nerwu piersiowego długiego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
c) nerwu pachowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
d) nerwu mięśniowo-skórnego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia:	
i. częściowe	7
ii. całkowite	35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i. częściowe	4
ii. całkowite	15
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i. częściowe	7
ii. całkowite	35
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	20
k) nerwu łokciowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	25
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i. częściowe	7
ii. całkowite	25
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i. częściowe	10
ii. całkowite	45
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i. częściowe	2
ii. całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	50

t) nerwu piszczelowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	2
ii. całkowite	10
N. NAGŁE ZATRUCIA GAZAMI, NASTĘPSTWA DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH (PORAŻENIA PRĄDEM, PORAŻENIA PIORUNEM, NASTĘPSTWA UKĄSZEŃ) LECZONE SZPITALNIE:	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA	
a) z Hospitalizacją 1-2 dni	1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni	2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni	5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni	10
O. INNE:	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA	
114. Oparzenia I stopnia niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
115. Odmrożenia od II stopnia (nos, uszy, palce rąk i nóg) – każde	1
116. Rany niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
117. Skręcenia bez Unieruchomienia z leczeniem specjalistycznym wymagającym wizyty u lekarza specjalisty i zastosowania leczenia w postaci okładów lub leków lub opaski elastycznej co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej	0,5

Niniejsza Tabela Norm została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA NORM

OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwana dalej „Tabelą Norm”) stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwanym dalej „Warunkami Pakietu UZU”).

USZCZERBEK NA ZDROWIU	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
1. 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 (niewielki, 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.	5-40
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
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
m) 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 Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać dodatkowo wg poz. 6 niniejszej Tabeli Norm, uwzględniając, że całkowity Uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. od 1j do poz. 1m niniejszej Tabeli Norm – 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.		
2. 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) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju		11-20
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy		5-10
3. 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 zorności i precyzji ruchów		1-10
4. 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 (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania Uszczerbku na zdrowiu z tego tytułu). Ocena częstości napadów powinna nastąpić po zakończeniu leczenia. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu, Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.		
5. 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).		
6. 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 nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja		10-19
7. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, 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
8. 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

9. 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: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu należy oceniać wg poz. 1 lub poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.	
10. 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	11-25
c) dużego stopnia	26-50
11. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm.	
13. 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.	

Niniejsza Tabela Norm została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek



Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Borys Kowalski



Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych (zwana dalej „Tabelą Operacji”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych (zwanych dalej „Warunkami Pakietu OCH”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka (zwanych dalej „Warunkami Pakietu OCHM”).

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%

NAZWA OPERACJI		% SU*
41.	Operacje rekonstrukcyjne sutka	40%
42.	Operacje brodawki sutkowej	40%
43.	Operacje na przewodach mlekoносnych sutka	40%
44.	Częściowa amputacja piersi	10%
45.	Usunięcie guzka piersi	5%
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%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
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%
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. Zespoleńie 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 ezofagoscopu	20%
133. Całkowita resekcja żołądka	100%
134. Częściowa resekcja żołądka	80%

NAZWA OPERACJI	% SU*
135. Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	60%
136. Operacja plastyczna żołądka	60%
137. Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	60%
138. Zespoleńie 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. Zespoleńie omijające dwunastnicy	60%
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. Zespoleńie 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. Zespoleńie 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 poprzeczny	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 sigmoidoscopu	20%
173. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoscopu	20%
174. Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	60%
175. Zespoleńie 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 sigmoidoscopu	20%
181. Wyłonienie jelita	60%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
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. Przeznaczeniowe 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%
193. Nacięcie przewodu żółciowego	60%
194. Zespolenie przewodu żółciowego	60%
195. Zespolenie 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. Zespolenie 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%

NAZWA OPERACJI	% SU*
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%
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 przetrwałego przewodu tętniczego	100%
250. Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	100%
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH I ŻYLNICH	
251. Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
252. Zespolenie 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. Przeznaczeniowa operacja aorty	80%
259. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	100%
260. Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	60%
261. Operacja tętniaka tętnicy mózgu	100%
262. Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	60%
263. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	100%
264. Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	60%
265. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	100%
266. Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	60%
267. Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%
268. Przeznaczeniowa operacja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	60%
269. Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	100%
270. Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	100%
271. Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	60%
272. Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	100%
273. Rekonstrukcja tętnicy udowej	100%
274. Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	60%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

NAZWA OPERACJI	% SU*
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%
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 mężczyzn	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 nasiennego	40%
318. Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40%
319. Operacja pęcherzyków nasiennych	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%

NAZWA OPERACJI	% SU*
326. Operacja techtaczk	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 przezpochwową	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%
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%
357. Usunięcie zmiany w obrębie jajowodu	20%
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH	
358. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80%
359. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	80%
360. Wycięcie opłucnej metodą otwartą	80%
361. Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
362. Otwarty drenaż opłucnej	60%
363. Operacja naprawcza pękniętej przepony	100%
364. Operacja przepukliny pachwinowej	20%
365. Operacja przepukliny pępkowej	20%
366. Operacja przepukliny udowej	20%
367. Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20%
368. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	60%
369. Drenaż otwarty jamy otrzewnej	60%
370. Operacje sieci większej	60%
371. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	60%
372. Operacja dotycząca krezki okrężnicy	60%
373. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	60%
374. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	20%
375. Przeszczep powięzi	20%
376. Wycięcie powięzi brzucha	20%
377. Wycięcie innej powięzi	20%
378. Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20%
379. Rozdzielenie powięzi	20%
380. Uwolnienie powięzi	20%
381. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
382. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

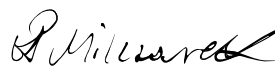
NAZWA OPERACJI	% SU*
383. Przemieszczenie ścięgna	40%
384. Wycięcie ścięgna	40%
385. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40%
386. Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40%
387. Zmiana długości ścięgna	20%
388. Wycięcie pochewki ścięgna	20%
389. Przeszczep mięśnia	60%
390. Wycięcie mięśnia	20%
391. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	20%
392. Uwolnienie przykurczu mięśnia	20%
393. Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
394. Operacja przewodu limfatycznego	80%
395. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	40%
396. Operacja przeszczepu skóry	20%
397. Usunięcie zmiany skórnej na twarzy	10%
OPERACJA STAWÓW I KOŚCI	
398. Plastyka czaszki	60%
399. Otwarcie czaszki	100%
400. Wycięcie kości twarzy	40%
401. Nastawienie złamania szczęki	40%
402. Nastawienie złamania innej kości twarzy	40%
403. Rozdzielenie kości twarzy	60%
404. Stabilizacja kości twarzy	40%
405. Wycięcie żuchwy	60%
406. Nastawienie złamania żuchwy	20%
407. Rozdzielenie żuchwy	40%
408. Stabilizacja żuchwy	40%
409. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	60%
410. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100%
411. Korekcia po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	80%
412. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	100%
413. Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
414. Korekcia po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	100%
415. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	80%
416. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
417. Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
418. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
419. Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
420. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
421. Korekcia po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
422. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	60%
423. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	100%
424. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	80%
425. Korekcia usztywnienia stawów kręgosłupa	80%
426. Korekcia deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	100%
427. Usunięcie zmiany kręgosłupa	80%
428. Odbarczenie złamania kręgosłupa	80%

NAZWA OPERACJI	% SU*
429. Unieruchomienie złamania kręgosłupa	80%
430. Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
431. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60%
432. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60%
433. Wszczępienie protezy kości, przeszczep kości	60%
434. Całkowite wycięcie kości	40%
435. Wycięcie kości ektopowej	20%
436. Usunięcie zmiany kości	40%
437. Operacje palucha koślawego	10%
438. Rozdzielenie trzonu kości	40%
439. Rozdzielenie kości stopy	40%
440. Drenaż kości	40%
441. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
442. Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją zewnętrzną	40%
443. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	40%
444. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	40%
445. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
446. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	40%
447. Uwolnienie przykurczu stawu	20%
448. Wyciąg szkieletowy kości	20%
449. Przeszczep szpiku kostnego	40%
450. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego i barkowego	5%
INNE ZABIEGI OPERACYJNE	
451. Reimplantacja kończyny górnej	60%
452. Reimplantacja kończyny dolnej	60%
453. Reimplantacja innego narządu	60%
454. Wszczępienie protezy kończyny	100%
455. Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	60%
456. Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40%
457. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	60%
458. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	40%
459. Amputacja palucha	20%
460. Operacje w zakresie kikuta po amputacji	40%
461. Amputacja brzuszno-miedniczna	80%
462. Transplantacja międzyukładowa	60%

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek

Borys Kowalski




Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

TABELA URAZÓW

Niniejsza Tabela Urazów stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanym dalej „Warunkami Pakietu PUNW”).

POWAŻNE URAZY		% SU*
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 mózgowczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	5%

POWAŻNE URAZY		% 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 KOŃCZYN GÓRNEJ		
54.	Złamanie łopatki:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamania	1%
55.	Złamanie obojczyka:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamania	1%
56.	Złamanie kości ramiennej – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
57.	Złamanie kości ramiennej – trzonu:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
58.	Złamanie kości ramiennej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
59.	Złamanie trzonów kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
60.	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia:	

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

POWAŻNE URAZY	% SU*
a) wieloodłamowe	7%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
61. Złamanie kości nadgarstka:	
a) złamania mnogie (2 lub więcej) kości nadgarstka	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
62. Złamanie kości śródręcza:	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
63. Złamanie II kości śródręcza:	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
64. Złamanie III, IV, V kości śródręcza (każda):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%
65. Złamanie kciuka	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
66. Złamanie palca wskazującego	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
67. Złamanie palca III, IV, V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY DOLNEJ	
68. Złamanie kości udowej – bliższej nasady:	
a) wieloodłamowe	15%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	10%
c) inne złamania	8%
69. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) wieloodłamowe	12%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
c) inne złamania	4%
70. Złamanie kości udowej – dalszej nasady:	
a) wieloodłamowe	10%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
71. Złamanie rzepki:	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
72. Złamanie kości podudzia – bliższej nasady:	
a) wieloodłamowe	12%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
c) inne złamania	5%
73. Złamanie trzonu kości podudzia:	
a) wieloodłamowe	10%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	7%
c) inne złamania	4%
74. Złamanie kości podudzia – dalszej nasady:	
a) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2%

POWAŻNE URAZY	% SU*
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3%
c) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3%
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5%
e) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8%
f) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5%
g) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10%
h) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6%
i) inne złamania	3%
75. Złamanie kości skokowej i piętowej (każda):	
a) wieloodłamowe	8%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
c) inne złamania	3%
76. Złamanie kości stępu (każda):	
a) wieloodłamowe	6%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
c) inne złamania	2%
77. Złamanie kości śródstopia (każda):	
a) wieloodłamowe	5%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
c) inne złamania	2%
78. Złamanie palucha:	
a) wieloodłamowe	4%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
c) inne złamania	1%
79. Złamanie palców II-V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2%
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
c) inne złamania	1%
OPARZENIA	
80. Oparzenia skóry II°:	
a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	1%
b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	7%
c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	20%
d) od 19% do 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	40%
e) powyżej 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
81. Oparzenia skóry III°:	
a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	3%
b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	25%
c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
d) powyżej 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
82. Oparzenia dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	10%
83. Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego wymagające hospitalizacji	10%
ODMROŻENIA	
84. Odmrożenie co najmniej II° jednego palca dłoni	0,5%
85. Odmrożenie co najmniej II° jednego palca stopy	0,5%
86. Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca dłoni	2%
87. Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca stopy	2%
88. Odmrożenie co najmniej II° w obrębie nosa	2%
89. Odmrożenie co najmniej II° w obrębie ucha	2%
INNE URAZY	
90. Całkowite i nieodwracalne porażenie (paraliż) co najmniej dwóch kończyn	100%
91. Uraz głowy z koniecznością kraniotomii	20%
92. Uraz klatki piersiowej z koniecznością torakotomii	10%

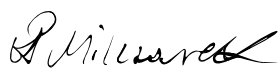
* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

POWAŻNE URAZY		% SU*
93.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością drenażu opłucnej	5%
94.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością resekcji tkanki płucnej	25%
95.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością laparotomii	5%
96.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością usunięcia śledziony	15%
97.	Urazowa utrata nerki	30%
98.	Wstrząśnienie mózgu z koniecznością hospitalizacji:	
	a) od 2 do 5 dni	2%
	b) od 6 do 10 dni	5%
	c) powyżej 10 dni	7%

Niniejsza Tabela Urazów została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek

Borys Kowalski




Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

* SU – oznacza Sumę ubezpieczenia

TABELA WAD WRODZONYCH

Niniejsza Tabela Wad Wrodzonych stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego pakietu rodzinnego (zwanych dalej „Warunkami Pakietu Rodzina”).

RODZAJ WADY WRODZONEJ	
1.	Przepuklina mózgowa
2.	Małogłowie
3.	Wodogłowie wrodzone
4.	Rozszczep kręgosłupa
5.	Ślepota, bezocze, małocze, wielkocze
6.	Wrodzone wady rozwojowe soczewki
7.	Wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
8.	Wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
9.	Głuchota i wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
10.	Wrodzony kręcz szyi wymagający leczenia operacyjnego (zesp. Klippela-Feila)
11.	Wady rozwojowe przegród serca
12.	Wady rozwojowe zastawek serca
13.	Wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
14.	Wady rozwojowe wielkich tętnic
15.	Wrodzone wady rozwojowe nosa
16.	Wady rozwojowe krtani
17.	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
18.	Wrodzone wady rozwojowe płuc
19.	Rozszczep podniebienia
20.	Rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
21.	Wrodzone wady rozwojowe przełyku
22.	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
23.	Wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
24.	Choroba Hirschsprunga
25.	Wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
26.	Niewytworzenie jądra
27.	Spodziectwo
28.	Płeć niezdeteminowana i obojnactwo rzekome
29.	Niewytworzenie nerki
30.	Wielotorbielowatość nerek
31.	Wrodzone wady miedniczki nerkowej i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
32.	Wynicowanie pęcherza moczowego
33.	Wrodzone zniekształcenia stopy
34.	Wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w obrębie czaszki, twarzy, kręgosłupa, klatki piersiowej
35.	Zniekształcenie zmniejszające kończyny górnej
36.	Zniekształcenie zmniejszające kończyny dolnej
37.	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
38.	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-kostnego
39.	Wrodzona rybia łuska
40.	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
41.	Wady rozwojowe powłok ciała (wytrzewienie, zespół wiotkiego brzucha)
42.	Fakomatozy
43.	Zespół Downa
44.	Zespół Edwardsa i Patau
45.	Zespół Turnera
46.	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
47.	Inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim

48.	Wrodzony zespół niedoboru jodu (wrodzona niedoczynność tarczycy)
49.	Zaburzenia przemian aminokwasów aromatycznych (fenyloketonuria)
50.	Inne zaburzenia węglowodanów (galaktozemia)
51.	Mukowiscydoza

Niniejsza Tabela Wad Wrodzonych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 6/01/2020 z dnia 14 stycznia 2020 r.

Aneta Podyma-Milczarek

Borys Kowalski




Prezes Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.

Członek Zarządu
Unum Życie TUIR S.A.



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-II