

Wykaz informacji zamieszczonych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego na wypadek ciężkiego zachorowania Współmałżonka Ubezpieczonego zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer zapisu wzorca umowy
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	Art. 2; Art. 4; Art. 6; z uwzględnieniem definicji zawartych w Art. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 4; Art. 5; Art. 6
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Art.1 W jaki sposób zawiera się umowę ubezpieczenia dodatkowego?

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych OWUD zawierana jest tylko i wyłącznie wraz z umową podstawową, w chwili jej zawarcia lub w jej rocznicę.
2. Umowę zawiera się na podstawie pisemnego wniosku oraz wskazanych w nim dokumentów podpisanych i złożonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.
3. Tryb i procedurę zawarcia umowy dodatkowej, wystawienia polisy, ewentualnego odstąpienia określają OWU umowy podstawowej - opisanej szczegółowo we wniosku i polisie.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest pod warunkiem objęcia tą ochroną ubezpieczeniową wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej.

Za współmałżonka - uważa się osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zaistnienia ryzyka pozostawał w związku małżeńskim; za współmałżonka w rozumieniu niniejszej umowy dodatkowej uważa się również konkubenta (konkubinę).

Za konkubenta (konkubinę) - uważa się osobę odmiennego płci niż Ubezpieczony, która w chwili zgonu lub nieszczęśliwego wypadku pozostawała co najmniej 2 lata w faktycznym z nim związku, wspólnie z nim zamieszkiwała i prowadziła gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostaje w związku małżeńskim.

Art.2 Jakie zdarzenia obejmuje ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej zostaje na podstawie niniejszych OWUD rozszerzona o ryzyko, określone szczegółowo w niniejszych OWUD ciężkiego zachorowania Współmałżonka Ubezpieczonego albo poddania się przez niego operacji by-pass, przeszczepowi narządów, operacji zastawek serca lub operacji aorty wymienionych w niniejszych OWUD.

Ciężkie zachorowanie - jest to w rozumieniu niniejszych OWUD zaburzenie czynności organizmu lub życiowo ważnego narządu, w postaci zawału serca, nowotworu, udaru mózgu, niewydolności nerek, porażenia, całkowitej utraty wzroku, śpiączki, oparzenia, utraty mowy, utraty słuchu, guza mózgu i utraty kończyn stwierdzone wymaganym przez prawo wpisem dokonany przez uprawnionego lekarza, a które miało miejsce w okresie ubezpieczenia. Opisane powyżej ciężkie zachorowania objęte ochroną ubezpieczeniową z niniejszych OWUD są zdefiniowane poniżej w ust. od 1 do 12.

1. Zawał serca

Martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego zatkania światła jednej lub kilku tętnic wieńcowych. Diagnoza powinna w dokumentacji zawierać opis typowych bólów w klatce piersiowej, wyników badań laboratoryjnych specyficznych dla mięśnia sercowego odbiegających od wartości prawidłowych (np. CPK, CKMB) i ich typowej ewolucji w czasie oraz charakterystycznych dla ostrego zawału serca zmian EKG.

Ochrona ubezpieczeniowa nie występuje dla niemych zawałów serca. Przez niemy zawał serca rozumieć należy taki zawał serca, w przebiegu którego brak było typowych dolegliwości bólowych, a diagnozę postawiono w oparciu o wskazujący na przebyte zawału serca zapis EKG lub wynik innego badania diagnostycznego, bez potwierdzenia w charakterystycznych dla ostrego zawału serca wynikach badań laboratoryjnych i ich typowej ewolucji w czasie.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia ustalenia diagnozy przez specjalistyczny oddział kardiologiczny lub lekarza kardiologa.

2. Nowotwór

Choroba, której objawem jest obecność patologicznych komórek które rozprzestrzeniają się w sposób niekontrolowany i naciekają zdrowe tkanki, a także dają przerzuty. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje złośliwe czerniaki skóry, białaczkę i wszystkie złośliwe nowotwory systemu limfatycznego z wyjątkiem choroby Hodgkina (ziarnicy złośliwej) w 1 okresie.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku wystąpienia nowotworów łagodnych, wszystkich nowotworów skóry (z wyjątkiem złośliwego czerniaka), nowotworów żelezi występują przy tym zakażenie HIV jakiegokolwiek typu, nieinwazyjnych i bardzo wczesnych stadiów nowotworowych (tzw. carcinoma in situ)

i odizolowanych łagodnych guzów w gruczole mlecznym oraz nowotworów prostaty.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia postawienia diagnozy przez specjalistyczną klinikę lub lekarza specjalistę, na podstawie badania histopatologicznego i przyporządkowaniem zachorowania do międzynarodowej klasyfikacji nowotworów (TNM).

3. Udar mózgu

Udar mózgu który powstał w następstwie krwawienia wewnątrz-mózgowego albo zakrzepu lub zatoru, który zatkał naczynie mózgowe. Udar mózgu musi prowadzić do nagłego wystąpienia trwałych i nieodwracalnych objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu, które utrzymują się powyżej 12 tygodni.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje wraz z postawieniem diagnozy przez specjalistyczny oddział neurologiczny lub lekarza neurologa potwierdzonego wynikami badań obrazkowych. Diagnoza może być postawiona najwcześniej po 12 tygodniach po wystąpieniu udaru.

4. Niewydolność nerek

Nieodwracalne i równoczesne ustanie funkcji obydwu nerek (niewydolność nerek), wymagające stałej dializy lub przeszczepu nerki.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia rozpoczęcia regularnej dializoterapii lub od dnia dokonania przeszczepu nerki.

5. Porażenia (paraplegia i tetraplegia)

Całkowite i nieodwracalne porażenie obydwu kończyn dolnych lub obydwu kończyn górnych lub wszystkich kończyn równocześnie spowodowane brakiem przewodzenia nerwowego w rdzeniu kręgowym. Prawo do świadczenia powstaje wraz z postawieniem diagnozy przez oddział neurologiczny lub lekarza neurologa. Diagnoza może być postawiona najwcześniej po 12 tygodniach po wystąpieniu porażenia.

6. Całkowita utrata wzroku

Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, która powstała w następstwie niespodziewanej choroby lub wypadku. Całkowita utrata wzroku powinna być potwierdzona wynikami odpowiednich badań oftalmologicznych i trwać nieprzerwanie przynajmniej 6 tygodni.

7. **Śpiączka** - stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie.

8. **Oparzenia** - oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.

9. **Utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionej języka.

10. **Utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być koniecznie poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia.

11. **Guz mózgu** - niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiałków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym.

12. **Utrata kończyn** - całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn; w zakresie kończyn górnych powyżej nadgarstków, w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych.

Operacja bypass - to przeprowadzenie chirurgicznego zabiegu na otwartym sercu, w trakcie którego omija się zwężenie lub zatkanie dwóch lub więcej naczyń wieńcowych serca u osób z objawami choroby wieńcowej przy pomocy inplantów naczyniowych (bypass). Dla metod zabiegowych nie przeprowadzanych na otwartym sercu, jak np. angioplastyka, zabieg laserowy lub innych metod nieoperacyjnych ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia wykonanej operacji.

Przeszczep narządów - to konieczne z medycznego punktu widzenia przeszczepienie jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, trzustki, jednej nerki lub szpiku kostnego do organizmu Ubezpieczonego. Przeszczepem serca jest również wszczepienie sztucznego serca.

Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Ubezpieczonego licząc od dnia dokonania przeszczepu narządu.

Operacja zastawek serca - aktualnie przeprowadzana operacja na otwartym sercu mająca na celu zastąpienie lub rozszerzenie zastawek serca jako konsekwencję wad zastawkowych serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń.

Operacja aorty - operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyń, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

Art. 3 Kiedy się rozpoczyna i kończy odpowiedzialność UNIQA TU na Życie S.A.?

1. Odpowiedzialność UNIQA TU na Życie S.A. z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego powstaje z dniem określonym na polisie pod warunkiem opłacenia składki należnej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego kończy się w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej, w każdym wypadku w dniu ukończenia przez Współmałżonka Ubezpieczonego 65 roku życia lub zawarcia przez Ubezpieczonego umowy indywidualnego kontynuowania.

Art. 4 Jakie świadczenia ubezpieczeniowe przysługują?

1. UNIQA TU na Życie S.A. w ramach niniejszej umowy dodatkowej, wypłaca świadczenie z tytułu zaistnienia każdego z zachorowań opisanych w Art. 2 ust. 1-12, jeden raz, to jest tylko przy jego pierwszym zaistnieniu. UNIQA TU na Życie S.A. wypłaca także świadczenie jeden raz z tytułu pierwszej operacji by-pass, pierwszego przeszczepu wymienionych narządów, pierwszej operacji zastawek serca lub aorty. Świadczenie jest wypłacane w wysokości kwoty pieniężnej stanowiącej umówiony procent sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie podstawowej.
2. Za każde ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową z niniejszych OWUD wypłacane jest świadczenie w tej samej wysokości. Kwota świadczenia jest szczegółowo określona na polisie.
3. Wypłata świadczenia następuje w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień Art. 5.

Art.5 Jakich zdarzeń nie obejmuje ochrona ubezpieczeniowa?

1. UNIQA TU na Życie S.A. nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryzyk wynikających z umowy ubezpieczenia dodatkowego powstałych na skutek:
 - 1) nadużycia alkoholu, narkotyków lub lekarstw,
 - 2) działania trucizn, trujących gazów lub oparów,
 - 3) umyślnego spowodowania choroby, samookaleczenia lub próby samobójstwa,
 - 4) przebywania pod wpływem promieni jonizujących w znaczeniu ustawy o ochronie przed promieniowaniem chyba, że promieniowanie następuje pod nadzorem medycznym dla celów leczniczych,
 - 5) działań wojennych,

- 6) udziału w zamieszkach lub aktach terroru,
- 7) zarażenia wirusem HIV,
- 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów takich jak spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, alpinizm, speleologia, nurkowanie z aparatem oddechowym, sporty walki i skoki na gumowej linie.

2. UNIQA TU na Życie S.A. w każdym wypadku, nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD:
 - 1) gdy ciężkie zachorowanie, miało miejsce przed datą wejścia w życie ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego, lub poddanie się operacji by-pass, przeszczepowi narządów, operacji zastawek serca lub operacji aorty było zaplanowane przed tą datą,
 - 2) gdy zaistnienie ciężkiego zachorowania, operacji by-pass, przeszczepu narządów, operacji zastawek serca lub operacji aorty pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem opisanym w Art.2, za które w ramach niniejszych OWUD UNIQA TU na Życie S.A. wypłaciła świadczenie; takie zdarzenia nie są w rozumieniu niniejszych OWUD pierwszym zdarzeniem, o którym stanowi Art. 4 ust.1.
3. Niezależnie od powyższych wyłączeń odpowiedzialności ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje ryzyk wymienionych w Art.2, które wystąpią w czasie karencji wynoszącej dla tych ryzyk 3 miesiące.

Art.6 W jaki sposób przyznaje się i wypłaca świadczenie?

1. Świadczenia z tytułu ryzyk przewidzianych niniejszymi OWUD wypłacane są Ubezpieczonemu.
2. Świadczenia z tytułu poszczególnych ryzyk przewidzianych niniejszymi OWUD wypłacane są w sposób określony w Art.4, jeden raz w stosunku do danego Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia przewidzianego niniejszymi OWUD, Ubezpieczony musi załączyć poświadczane za zgodność dokumenty:
 - 1) dotyczące przyczyn zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 2) raporty lekarzy, którzy obecnie leczą bądź leczyli i badali Ubezpieczonego w zakresie przyczyn, początku, rodzaju i przebiegu choroby.
 - 3) Inne dokumenty uzasadniające świadczenie.
4. W razie wystąpienia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia dodatkowego, UNIQA TU na Życie S.A. może dopuścić na swój koszt, dowód z opinii wyznaczonego przez siebie lekarza i w związku z tym może zażądać od Współmałżonka Ubezpieczonego poddania się badaniom analitycznym i lekarskim.
5. Nie wykonanie obowiązków opisanych w ust. 3 lub 4 prowadzi, w rozumieniu niniejszych OWUD, do uniemożliwienia określenia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczonego. Do czasu wykonania powyższych obowiązków UNIQA TU na Życie S.A. ma prawo powstrzymać się z wydaniem decyzji co do ustalenia swojej odpowiedzialności i wypłaty świadczenia.

Art. 7 W jaki sposób oblicza się składkę?

1. Wysokość składki wyznaczana jest zgodnie z obowiązującą taryfą dla niniejszych OWUD w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Składka opłacana jest łącznie ze składką z umowy podstawowej przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych przepisami OWU.

Art.8 Kiedy Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową?

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego w każdym czasie nie później jednak niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Umowa ubezpieczenia dodatkowego rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę polisy.

Art.9 Postanowienia końcowe.

1. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia dodatkowego mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWUD.
2. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWUD, a w szczególności sprawach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego, przystąpieniem Ubezpieczonych do ubezpieczenia, wyznaczaniem i opłacaniem składek, wypłatą świadczeń, właściwością sądu - mają zastosowanie do niniejszej umowy dodatkowej, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy podstawowej opisanej szczegółowo we wniosku i polisie.
3. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. Nr 2/2007 z dnia 26.01.2007r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po dniu 1 lutego 2007 roku.