

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania – indeks PZ/12/12/17

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 4
	§ 22 ust. 2
	§ 25 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6
	§ 12 ust. 2
	§ 25 ust. 1

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- mogą być wskazane również w umowie podstawowej.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a Ubezpieczającym, jako umowy dodatkowe do umowy ubezpieczenia obejmującej ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach odmiennych od określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, uzgodnionych przez strony umowy dodatkowej.
3. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. przedstawia Ubezpieczającemu na piśmie różnice pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego a umową dodatkową, chyba że umowa dodatkowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.

Definicje

§ 2

1. Użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, wniosku ubezpieczeniowym, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **miesiąc polisy** – miesiąc polisy rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
 - 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWUD nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia Ubezpieczonego;
 - 3) **OWUD** – niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania;
 - 4) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy dodatkowej;
 - 5) **poważne zachorowanie** – jedna z poniżej wymienionych chorób Ubezpieczonego:
 - a) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu typowego wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CKMB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG, wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych,
 - b) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowe-
 - go rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone);
z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
 - wtórne krwotoki do istniejących ognisk poudarowych;jakikolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,
- c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii,
 - e) **guzy mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe; potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub, w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych,
 - f) **utrata wzroku wskutek choroby** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie; ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym,
 - g) **oparzenia** – głębokie termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, uznane za oparzenia III stopnia, obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera,
 - h) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji mowy na skutek: uszkodzenia krtani lub strun głosowych w przebiegu choroby przewlekłej, uszkodzenia ośrodka mowy w OUN, resekcji narządu mowy (krtani), trwająca nieprzerwanie co najmniej 8 miesięcy i potwierdzona orzeczeniem lekarza specjalisty foniatry lub laryngologa; wyłączeniu podlegają wszystkie przypadki utraty mowy na tle schorzeń psychicznych,
 - i) **choroba Alzheimera (demencja przedstarca) przed 65. rokiem życia** – jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera (demencja przedstarca) przed 65. rokiem życia, które musi zostać potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane typowymi wynikami badań dodatkowych, w tym neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu); choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego lub też musi skutkować koniecznością stałej opieki osób trzecich w związku z chorobą; wszystkie powyższe warunki muszą być potwierdzone w stosownej dokumentacji medycznej przez okres co najmniej 3 ostatnich miesięcy poprzedzających zgłoszenie roszczenia,

- j) **choroba Parkinsona przed 65. rokiem życia** – jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona przed 65. rokiem życia musi zostać potwierdzone przez specjalistę; choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego lub musi skutkować koniecznością stałego przebywania chorego w łóżku i niezdolnością do podniesienia się bez pomocy zewnętrznej; wszystkie powyższe warunki muszą być potwierdzone w stosownej dokumentacji medycznej przez okres co najmniej 3 ostatnich miesięcy poprzedzających zgłoszenie roszczenia; wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe, poza wymienionymi, postacie parkinsonizmu,
 - k) **przeszczep dużych narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej, jako biorcy, jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek; przyczyna przeszczepu dużych narządów oraz jej objawy muszą zostać zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a przeszczep dużych narządów musi zostać przeprowadzony po upływie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - l) **leczenie operacyjne naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe; choroba będąca przyczyną leczenia operacyjnego naczyń wieńcowych oraz jej objawy muszą zostać zdiagnozowane, rozpoznane lub leczone po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a leczenie operacyjne naczyń wieńcowych musi zostać przeprowadzone po upływie 3 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
 - 6) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 7) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie;
 - 8) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
 - 9) **umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWUD;
 - 10) **umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawarta przez Ubezpieczającego z Towarzystwem, której zakres obejmuje ryzyko życia lub ryzyko życia i dożycia.
2. Określenia zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których zawarta jest umowa podstawowa, używane są w OWUD i mają takie samo znaczenie, chyba że tym samym określeniom nadano inne znaczenie w OWUD.

Treść umowy dodatkowej

§ 3

Treść umowy dodatkowej zawarta jest we wniosku ubezpieczeniowym, OWUD, polisie, załącznikach do polisy oraz w każdym innym dokumencie uzgodnionym przez strony umowy dodatkowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem Ubezpieczenia objęte są następujące poważne zachorowania Ubezpieczonego występujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej:
 - 1) zawał serca;
 - 2) udar mózgu;
 - 3) nowotwór złośliwy;
 - 4) niewydolność nerek;
 - 5) guzy mózgu;
 - 6) utrata wzroku w skutek choroby;
 - 7) oparzenia;
 - 8) utrata mowy;
 - 9) choroba Alzheimera (demencja przedstarcza) przed 65. rokiem życia;
 - 10) choroba Parkinsona przed 65. rokiem życia;
 - 11) przeszczep dużych narządów;
 - 12) leczenie operacyjne naczyń wieńcowych.

Zakres i czas trwania odpowiedzialności towarzystwa

§ 5

1. Odpowiedzialność towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z dniem określonym w polisie, nie wcześniej niż dnia następnego po opłaceniu składki za umowę dodatkową.
2. Odpowiedzialność towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej lub odstąpienia od umowy podstawowej;
 - 2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej;
 - 3) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej lub w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej.

Ochrona odpowiedzialności

§ 6

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje poważnych zachorowań:
 - 1) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono przed upływem 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroru lub zamieszkach, chyba że jego udział wynikał z wykonania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;

- 2) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia przez Ubezpieczonego zawodowej służby wojskowej;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu, lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 7) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
 - 8) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
 - 9) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia jest określona w polisie.
2. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.
3. Towarzystwo może:
 - 1) wyrazić zgodę na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo
 - 2) zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia na inną kwotę, albo
 - 3) nie wyrazić zgody na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo przed wyrażeniem zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia może żądać od Ubezpieczającego złożenia oświadczenia dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego, przedstawienia dokumentacji medycznej stwierdzającej stan zdrowia Ubezpieczonego lub zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, o którym mowa w § 13.
5. Towarzystwo określa nową wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody na zmianę wysokości sumy ubezpieczenia albo propozycji zmiany wysokości sumy ubezpieczenia na inną kwotę. Dokument ten stanowi załącznik do polisy, chyba że Ubezpieczający nie przyjmie oferty Towarzystwa.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o odmowie przyjęcia oferty, o której mowa w ust. 5, w terminie 30 dni od dnia jej doręczenia, wówczas będzie obowiązywała wysokość sumy ubezpieczenia określona w załączniku do polisy.

Definicja świadczenia ubezpieczeniowego

§ 8

Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi aktualna na dzień zajścia zdarzenia suma ubezpieczenia.

Sposób zawierania umowy dodatkowej i okres ubezpieczenia

§ 9

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta równocześnie z umową podstawową lub w każdą rocznicę polisy umowy podstawowej, ale nie później niż 5 lat przed upływem okresu ubezpieczenia z umowy podstawowej, pod warunkiem że w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczony ukończył 13. rok życia i nie osiągnął wieku 51 lat.

2. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, który stanowi ofertę zawarcia umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo, co potwierdzone jest polisą.
3. Wniosek ubezpieczeniowy składany jest na formularzu dostarczonym przez Towarzystwo.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 10

1. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 5 lat i ulega przedłużeniu – zgodnie z § 11 – na kolejny okres 5 lat, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy dodatkowej.
2. W przypadku gdy do końca okresu ubezpieczenia w umowie podstawowej pozostało nie więcej niż 5 lat, umowa dodatkowa zostaje zawarta lub ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia umowy podstawowej.
3. W przypadku gdy umowa dodatkowa nie została przedłużona na kolejny okres lub została wypowiedziana przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony traci prawo do ponownego objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej zawartej jako ubezpieczenie dodatkowe do tej samej umowy podstawowej.

§ 11

1. Na 1 miesiąc przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo zaproponuje warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody, w takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
3. W przypadku gdy w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu żadnego oświadczenia, strony umowy dodatkowej uznają, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach.

§ 12

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy dodatkowej w innych pismach. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę dodatkową mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, chyba że wiadomości nieprawdziwe nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową dodatkową. Jeżeli do podania wiadomości nieprawdziwych lub zatajenia informacji doszło na skutek winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych nieprawdziwych lub zatajonych okoliczności.

§ 13

1. Przed zawarciem umowy dodatkowej Towarzystwo może zażądać, aby Ubezpieczony poddał się badaniu medycznemu, z wyłączeniem badań genetycznych, lub przedstawił dokumentację medyczną stwierdzającą stan jego zdrowia.
2. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, przeprowadzane jest przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub zakład opieki zdrowotnej.
3. Badanie medyczne, o którym mowa w ust. 1, jest wykonywane wyłącznie w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego, przeprowadzonej na podstawie danych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym, oświadczenia o stanie zdrowia, badań medycznych

oraz innych elementów ryzyka, Towarzystwo może podjąć decyzję o zawarciu umowy dodatkowej na warunkach zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i OWUD, odmowie zawarcia umowy dodatkowej lub może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od zawartych we wniosku ubezpieczeniowym lub w OWUD.

§ 14

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść Ubezpieczającego od złożonej przez niego oferty lub OWUD, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na piśmie uwagę na te różnice, jednocześnie z doręczeniem polisy, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. W przypadku braku sprzeciwu umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy, dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu.
3. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu umowa dodatkowa nie zostaje zawarta lub zawierana jest po zgodnym ustaleniu jej warunków przez strony umowy dodatkowej.

§ 15

Towarzystwo w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we wniosku ubezpieczeniowym wystawia polisę.

Podstawowe prawa i obowiązki stron umowy dodatkowej

§ 16

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w OWUD.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w polisie.
3. Obowiązki określone w ust. 1 i 2 nie wyczerpują obowiązków stron umowy dodatkowej, które zostały określone w pozostałych postanowieniach OWUD i w umowie podstawowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej

§ 17

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta lub przedłużona;
- 2) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej;
- 3) z dniem zmiany umowy podstawowej na ubezpieczenie bezskładkowe;
- 4) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
- 5) z dniem rocznicy polisy, w którą Ubezpieczony osiągnął wiek 55 lat;
- 6) z dniem upływu terminu wypowiedzenia umowy dodatkowej złożonego przez Ubezpieczającego;
- 7) z upływem 90. dnia, licząc od dnia, w którym była wymagalna pierwsza zaległa składka, o ile nie została zapłacona w tym terminie mimo uprzedniego wezwania przez Towarzystwo do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni.

Odstąpienie od umowy dodatkowej

§ 18

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy dodatkowej

§ 19

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, w formie pisemnej, w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacona została składka, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy, tj. dzień odpowiadający dacie rozpoczęcia ochrony.

Sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej

§ 20

1. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej ustala się na podstawie taryfy składek uchwalonej przez Zarząd Towarzystwa. Wysokość składki jest uzależniona od wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego oraz informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym oraz innych dokumentach przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
2. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej należna jest w wysokości określonej w polisie.
3. Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
4. W przypadku gdy wpłacona kwota jest niższa od sumy składek z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo umów dodatkowych, składkę z tytułu umowy podstawowej oraz wszystkich zawartych do niej umów dodatkowych uważa się za niezapłaconą.

Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 21

Wypłata świadczenia następuje w terminach i na warunkach określonych w umowie podstawowej, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.

§ 22

1. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, za które Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, na zasadach określonych w OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od dnia:
 - 1) rozpoznania poważnego zachorowania, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt. 1)–10);
 - 2) zabiegu, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt. 11)–12).
3. Rodzaj i moment wystąpienia poważnego zachorowania ustalone są na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych, z wyłączeniem badań genetycznych, zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.
4. Koszt badań, o których mowa w ust. 3, ponosi Towarzystwo.

§ 23

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie ubezpieczeniowe.
2. Uprawniony zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Podstawą wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przedstawienie Towarzystwu przez Uprawnionego dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Aktualne wnioski, o których mowa powyżej, znajdują się na stronie internetowej www.uniq.pl.
3. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
4. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Postanowienia końcowe

§ 24

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy dodatkowej powinny być dokonywane na piśmie.

2. O ile warunki umowy nie wymagają zachowania formy pisemnej, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy dodatkowej będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub na innym niż forma pisemna trwałym nośniku.

§ 25

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD mają zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego.

2. W sprawach nieuregulowanych w OWUD i ogólnych warunkach ubezpieczenia podstawowego do umowy dodatkowej stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 26

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 19 stycznia 2021 r.