

WARUNKI OGÓLNE
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
ZESPÓŁ
NR PGZ/2018/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół Nr PGZ/2018/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu oraz nr strony wzorca umownego	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Warunki Ogólne Umowy Głównej PGZ/2018/1	§ 7 ust. 1, 2, 5 § 8 ust. 3, 5, 7 § 15 ust. 2 § 16 § 17
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/SNK/2018/1	§ 2 § 7
	Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TIN/2018/1	§ 2 § 7
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TUZ/2018/1	§ 2 § 7
	Powstania Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/NPW/2018/1	§ 2 § 7
	Leczenia Szpitalnego nr PGZ/LSU/2019/1	§ 2 ust. 1-11 § 6
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2018/1	§ 2 ust. 1-5 § 6
	Poważnego Zachorowania nr PGZ/PZK/2019/1	§ 2 § 7
	Assistance – Wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	§ 4
	„Zagraniczna Opinia Lekarska” nr PGZ/BRD/2019/1	§ 2 § 5
	Leczenia Specjalistycznego nr PGZ/SPC/2019/1	§ 2 § 7
	Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGZ/PNZ/2019/1	§ 2 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;	Warunki Ogólne Umowy Głównej nr PGZ/2018/1	§ 7 ust. 3, 4 § 9 § 10 § 12

	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/SNK/2018/1	§ 4 § 5 ust. 2, 3
	Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TIN/2018/1	§ 2 ust. 3, 4 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TUZ/2018/1	§ 4 § 5 ust. 2, 3
	Powstania Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/NPW/2018/1	§ 4 § 5 ust. 2, 3
	Leczenia Szpitalnego nr PGZ/LSU/2019/1	§ 2 ust. 6, 7 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2018/1	§ 2 ust.6-12 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Poważnego Zachorowania nr PGZ/PZK/2019/1	§ 2 ust.7 § 3 ust. 3, 4, 5, 6, 8 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Assistance – Wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	§ 4
	„Zagraniczna Opinia Lekarska” nr PGZ/BRD/2019/1	§ 3
	Leczenia Specjalistycznego nr PGZ/SPC/2019/1	§ 4
	Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGZ/PNZ/2019/1	§ 4
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;	Warunki Ogólne Umowy Głównej	§ 6 § 12
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy	

WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZESPÓŁ NR PGZ/2018/1

I. POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§ 1. DEFINICJE

Ilekcioć w Warunkach Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszania lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **Deklaracja Uczestnictwa** – deklaracja woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, składana przez Uczestnika na formularzu Towarzystwa (również w wersji elektronicznej);
- 3) **Dzień Zapłaty Składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w przypadku wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania tego rachunku;
- 4) **Dokument Ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, doręczany Ubezpieczającemu przez Towarzystwo, w tym polisa;
- 5) **Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej (Koszt Ochrony)** – ustalany przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU, przypisany Uczestnikowi kosztu Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej temu Uczestnikowi pomiędzy kolejnymi wymagalnościami Składki;
- 6) **Kwotacja** – wstępna kalkulacja Kosztu Ochrony przygotowana przez Towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez Ubezpieczającego przed złożeniem przez niego Wniosku o ubezpieczenie, nie stanowiąca oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
- 7) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego;
- 8) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Programu Ochrony Ubezpieczeniowej (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
 - a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową wynikającą z Programu Ochrony Ubezpieczeniowej, lub
 - b) jest następstwem choroby, o których mowa w pkt a), lub
 - c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (ból brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową wynikającą z Programu Ochrony Ubezpieczeniowej;
- 9) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
- 10) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy Ubezpieczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia;
- 11) **OWU (Warunki Ogólne)** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z załącznikami;
- 12) **Partner Uczestnika** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa może być dotyczyć tylko jednego Partnera Uczestnika. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Roczniczy Umowy Ubezpieczenia;
- 13) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia doręczany Ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 14) **Program Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres udzielania Uczestnikom Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu wymagalności pierwszej Składki, kontynuowany w kolejnych rocznych Głównych i Dodatkowych Umowach Ubezpieczenia, do dnia rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
- 15) **Rocznica Umowy Ubezpieczenia** – zawarty w okresie trwania Programu Ochrony Ubezpieczeniowej każdy dzień oznaczony taką samą datą dzienną, co pierwszy dzień Programu Ochrony Ubezpieczeniowej; jeżeli dniem rozpoczęcia programu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym był 29 lutego, dniem Roczniczy Umowy Ubezpieczenia jest ostatni dzień lutego;
- 16) **Składka z Umowy Ubezpieczenia (Składka)** – suma kwot Kosztów Ochrony Uczestników, którzy objęci są Ochroną Ubezpieczeniową w dniu wymagalności Składki;
- 17) **Sporządzenie Wniosku** – czynność polegająca na wypełnieniu formularza Wniosku i podpisaniu go przez Ubezpieczającego oraz osobę pośredniczącą przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia;
- 18) **Suma Ubezpieczenia z Tytułu Śmierci Uczestnika** – wynikająca z Umowy Ubezpieczenia kwota, którą na warunkach określonych w OWU Towarzystwo zobowiązane jest zapłacić w przypadku śmierci Uczestnika; wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika ustalana jest w oparciu o informacje uzyskane od Ubezpieczającego;
- 19) **Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Uczestnika będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
- 20) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
- 21) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca pracodawcą, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia;
- 22) **Uczestnik** – osoba, na rachunek której Umowa Ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona); w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia, oraz osobę, w stosunku do której wygasa Ochrona Ubezpieczeniowa udzielana w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 23) **Umowa Główna lub Główna Umowa Ubezpieczenia** – zawarta na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
- 24) **Umowa Dodatkowa lub Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia** – umowa uzupełniająca Umowę Główną o ryzyka dodatkowe stanowiące rozszerzenie zakresu ubezpieczenia;
- 25) **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Uczestnika;
- 26) **Uposażony Zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Uczestnika w sytuacji, gdy w chwili śmierci Uczestnika nie ma Uposażonych;
- 27) **Wniosek** – deklaracja woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia, składana przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia Ubezpieczającego dotyczące Uczestników i Ubezpieczającego;
- 28) **Współuczestnik** – przystępujący do ubezpieczenia Małżonek albo Partner Uczestnika, a także przystępujące do ubezpieczenia dorosłe dziecko Uczestnika; w tekście niniejszych Warunków Ogólnych Współuczestnik zwany jest „Uczestnikiem”;
- 29) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

- 30) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 31) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA, OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 2.

RYZYKO UBEZPIECZENIOWE I JEGO WPŁYW NA WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ I UMÓW DODATKOWYCH

1. Towarzystwo ocenia ryzyko ubezpieczeniowe wynikające z zawarcia Umowy Głównej oraz Umów Dodatkowych na podstawie zawartych we Wniosku informacji o Ubezpieczającym, w szczególności o:
 - 1) rodzaju prowadzonej przez niego działalności;
 - 2) formie zatrudnienia pracowników;
 - 3) miejscu świadczenia pracy i reżimie wykonywania obowiązków służbowych;
 - 4) okresie prowadzenia działalności;
 - 5) innych cechach, które świadczą o ryzyku związanym z objęciem Uczestników Ochroną Ubezpieczeniową.
2. Niezależnie od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo przeprowadza ocenę ryzyka zdrowotnego i zawodowego dotyczącego poszczególnych Uczestników na podstawie danych zawartych w Deklaracjach Uczestnictwa i kwestionariuszach medycznych.
3. Indywidualna ocena ryzyka zdrowotnego i zawodowego, o której mowa w ustępie powyżej, może w szczególności spowodować:
 - 1) obniżenie wysokości Sumy Ubezpieczenia w stosunku do wnioskowanej przez Uczestnika, lub
 - 2) odmowę objęcia Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
 - 3) zmianę innych warunków ubezpieczenia.

§ 3.

ZAWARCIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Główna Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
2. Główna Umowa Ubezpieczenia zawierana jest po raz pierwszy w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu Wniosku i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) od dnia Sporządzenia Wniosku do dnia dostarczenia go do siedziby Towarzystwa upłynęło nie więcej niż trzydzieści dni;
 - 2) Wniosek wypełniony został w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu Wniosku – zupełny;
 - 3) do Wniosku została dołączona aktualna Kwotacja wraz z listą Uczestników, którzy złożyli Deklaracje Uczestnictwa przed dniem Sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu, zawierająca w szczególności imiona i nazwiska Uczestników, daty ich urodzenia, wykonywane zawody, proponowany zakres i wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej oraz wysokość Kosztu Ochrony;

- 4) do Wniosku dołączone zostały złożone przez Uczestników Deklaracje Uczestnictwa wypełnione w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu deklaracji – zupełny;
 - 5) została zapłacona pierwsza kwota równa Kosztowi Ochrony każdego z Uczestników, o których mowa w pkt 3, w wysokości zgodnej z dołączoną do Wniosku Kwotacją;
 - 6) Towarzystwu, zgodnie z treścią Deklaracji Uczestnictwa, zostały udzielone pisemne upoważnienia Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Uczestników (z wyłączeniem wyników badań genetycznych);
 - 7) do Wniosku dołączone zostały dokumenty, inne niż wskazane w punktach poprzedzających, których przedstawienia zażądało Towarzystwo przed złożeniem oferty przez Ubezpieczającego.
3. O ile nie umówiono się inaczej, Umowę Ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią Wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Dokumentu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.
 4. Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we Wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, Towarzystwo może odmówić zawarcia Głównej lub Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia bądź zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie Umowy Ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego Wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu Dokumentu Ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa, w którym Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu uwagę na postanowienia Umowy Ubezpieczenia odbiegające od treści Wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, że Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią zaproponowaną przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę Ubezpieczenia uważa się za niezawartą.
 5. Do czasu doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia Ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W przypadku, gdy Ubezpieczający skutecznie cofnie ofertę zawarcia Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego Składkę w terminie nie dłuższym niż czternaście dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o cofnięciu oferty. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub gdy Ubezpieczający nie przyjmie kontroferty Towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio. Składka jest zwracana w wysokości nominalnej.
 6. Kolejna Umowa Główna jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej Umowy Ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana w Umowie Głównej ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią.
 7. Towarzystwo może również podjąć decyzję o nie składaniu Ubezpieczającemu propozycji zawarcia kolejnej Umowy Głównej i nie przedłużaniu Ochrony Ubezpieczeniowej w takim zakresie na kolejny roczny okres. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym fakcie Ubezpieczającego nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem okresu obowiązywania danej Umowy Głównej.

§ 4.

ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Pierwsza Umowa Dodatkowa danego rodzaju zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia takiej Umowy Ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z Wnioskiem o zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia lub w terminie późniejszym. Umowa Dodatkowa jest zawierana na okres jednego roku, ale nie dłużej niż do dnia Rocznicy Umowy Ubezpieczenia przypadającej bezpośrednio po zawarciu Umowy Dodatkowej.
2. Kolejna Umowa Dodatkowa danego rodzaju jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej Umowy Ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana w Umowie Dodatkowej ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią w trybie przewidzianym w § 13.
3. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego złożoną łącznie z Wnioskiem o zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia, Umowę Dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, Umowę Dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez Towarzystwo oferty zawarcia Umowy Dodatkowej.
5. Kolejna Umowa Dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez

Ubezpieczającego. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana w Umowie Dodatkowej ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią.

6. Towarzystwo może również podjąć decyzję o nie składaniu Ubezpieczającemu propozycji zawarcia kolejnej Umowy Dodatkowej i nie przedłużaniu Ochrony Ubezpieczeniowej w takim zakresie na kolejny roczny okres. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym fakcie Ubezpieczającego nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem okresu obowiązywania danej Umowy Dodatkowej.

§ 5.

PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełnią warunki wskazane w Umowie Ubezpieczenia, będą składać Ubezpieczającemu Deklaracje Uczestnictwa. Deklaracja Uczestnictwa składana jest na odpowiednim formularzu Towarzystwa i może zostać złożona przez Uczestnika w okresie trzydziestu dni poprzedzających dzień wymagalności Składki.
2. W przypadku, gdy częstotliwość opłacania Składki, określona jest w Umowie Ubezpieczenia, jako inna niż miesięczna, na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może wyrazić zgodę na składanie Deklaracji Uczestnictwa w innym terminie niż wskazany w ust. 1, ale oznaczonym tą samą datą dzienną co dzień wymagalności Składki.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa w terminie czternastu dni od dnia jej złożenia, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od dnia wymagalności pierwszej kwoty Kosztu Ochrony Uczestnika. Ponadto Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Towarzystwu oryginał Deklaracji uczestnictwa w terminie trzydziestu dni od dnia wymagalności pierwszej kwoty Kosztu Ochrony Uczestnika.
4. Postanowienia ust. 3 nie stosuje się w odniesieniu do Uczestników, którzy złożą Deklaracje uczestnictwa przed dniem Sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu. W takim przypadku wykonanie obowiązku informacyjnego wobec Towarzystwa następuje poprzez dołączenie do Wniosku dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt 3 i 4.
5. Deklaracja Uczestnictwa danego Uczestnika, złożona po dniu Sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie, zostaje przyjęta przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) Deklaracja uczestnictwa złożona została w terminie wskazanym w ust.1 albo w terminie ustalonym zgodnie z ust. 2;
 - 2) Deklaracja uczestnictwa wypełniona została w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w jej formularzu – kompletny;
 - 3) została zapłacona pierwsza kwota Kosztu Ochrony Uczestnika;
 - 4) Towarzystwu, zgodnie z treścią Deklaracji uczestnictwa, udzielone zostało pisemne upoważnienia Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Uczestników (z wyłączeniem wyników badań genetycznych);przy czym w każdym przypadku złożenia Deklaracji Uczestnictwa po dniu Sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie postanowienia § 2 ust. 2 i 3 mają odpowiednie zastosowanie.
6. Złożenie Deklaracji Uczestnictwa przez osoby, które nie spełniają warunków wskazanych w Umowie Ubezpieczenia jest bezskuteczne. Złożenie Deklaracji jest bezskuteczne również w przypadku, gdy nie zostanie ona przekazana przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w ust. 3 bądź nie zostanie przyjęta przez Towarzystwo z uwagi na niespełnienie przesłanek, o których mowa odpowiednio w § 3 ust. 2 pkt 4-6 lub w ust. 5 niniejszego paragrafu. Ewentualnie opłacona przez Ubezpieczającego część Składki z tytułu ubezpieczenia osób, które bezskutecznie złożyły Deklaracje uczestnictwa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie nominalnej.
7. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zostanie zawarta, za dzień przystąpienia do ubezpieczenia uważa się dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej danemu Uczestnikowi zgodnie z § 8 ust. 1.
8. Do rozpatrzenia Deklaracji Uczestnictwa złożonej po dniu Sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie oraz praw i obowiązków Ubezpieczającego i Towarzystwa związanych z przystąpieniem do ubezpieczenia, postanowienia § 3 ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.

§ 6.

WSPÓŁUCZESTNICTWO W UBEZPIECZENIU

1. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach przez nie określonych, do ubezpieczenia mogą przystępować również Małżonkowie albo Partnerzy Uczestników i doroste dzieci Uczestników (Współuczestnicy), pod warunkiem że nie spełniają jednocześnie kryteriów przystąpienia do ubezpieczenia jako Uczestnik. Przystąpienie Współuczestników jest możliwe wyłącznie wraz z przystąpieniem danego Uczestnika, a w przypadku zawarcia przez

Uczestnika związku małżeńskiego po przystąpieniu do ubezpieczenia – w okresie 90 dni od daty jego zawarcia.

2. W odniesieniu do Współuczestników stosuje się zasady dotyczące Uczestnika, z tym zastrzeżeniem że:
 - 1) przy przystępowaniu Współuczestnika do Umowy Ubezpieczenia, a także w każdym czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Współuczestnikowi w ramach niniejszej umowy, zakres i wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, o jakie wnioskuje Współuczestnik, nie mogą przekroczyć zakresu i wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, o jaką wnioskuje Uczestnik;
 - 2) Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Współuczestnikowi wygasa we wszystkich przypadkach, w których następuje wygaśnięcie Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi;
 - 3) Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Współuczestnikowi wygasa wraz z ustaniem związku małżeńskiego między Współuczestnikiem i Uczestnikiem lub w przypadku ustania związku partnerskiego między nimi;
 - 4) Koszt Ochrony Współuczestnika jest finansowany przez Uczestnika i opłacany przez Ubezpieczającego wraz Kosztem Ochrony Uczestnika, w terminach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia Kosztu Ochrony Uczestnika i Współuczestnika w wysokości niższej niż wynikająca z Umowy Ubezpieczenia w pierwszej kolejności opłacany jest Koszt Ochrony z tytułu ubezpieczenia Uczestnika, a następnie Koszt Ochrony Współuczestnika.
3. W przypadku, gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.

§ 7.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Uczestnika.
2. Udzielana w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku śmierci Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika wskazanej w Umowie Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. W okresie pierwszych stu dwudziestu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2 wyłącznie w przypadku śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Po upływie okresu, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje również śmierć Uczestnika z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy wypadek, przy czym wysokość świadczenia z tego tytułu przez okres kolejnych pięćdziesięciu dni ograniczona jest do kwoty stanowiącej odpowiedni procent wskazanej w Umowie Ubezpieczenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, pierwszego z tych dni wynosi dwa procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika i wzrasta do stu procent ostatniego dnia, o dwa procent dziennie.
5. Określony powyżej zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe. Objęcie Uczestników Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu danego ryzyka dodatkowego następuje poprzez zawarcie przez Ubezpieczającego Umowy Dodatkowej, na zasadach przewidzianych w odrębnych warunkach ogólnych. W razie zawarcia Umów Dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo życie lub zdrowie Uczestnika.

§ 8.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zostanie zawarta, Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się odpowiednio:
 - 1) późniejszego z dni, którymi są dzień wskazany w Dokumentcie Ubezpieczenia oraz dzień następujący po Dniu Zapłaty pierwszej Składki – w odniesieniu do Uczestników, którzy złożyli Deklaracje uczestnictwa przed dniem Sporządzenia Wniosku lub w tym dniu;
 - 2) w dniu złożenia przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty Kosztu Ochrony Uczestnika po raz pierwszy – w przypadkach, o których mowa w § 5 ust. 2;
 - 3) w dniu wymagalności Składki następującym po dniu złożenia przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty Kosztu Ochrony tego Uczestnika po raz pierwszy – w pozostałych przypadkach, chyba, że w dniu tym Uczestnik przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby lub uszkodzenia ciała. W takim przypadku za dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej uważa się dzień wymagalności Składki, bezpośrednio następujący po zakończeniu zwolnienia lekarskiego Uczestnika. Koszt Ochrony

opłacony za okres, w którym Uczestnikowi nie przysługuje Ochrona Ubezpieczeniowa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w wysokości nominalnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Towarzystwa o zwolnieniu lekarskim Uczestnika nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania takiej informacji.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu oraz § 9 ust. 1, przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci Uczestnika;
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 17;
 - 3) w którym rezygnacja Uczestnika z ubezpieczenia zgodnie z § 19 stała się skuteczna;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu Rocznicy Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
 - 5) kończącym okres za jaki w miesiącu, w którym nastąpiło ustanie stosunku prawnego łączącego Uczestnika z Ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową, został opłacony Koszt Ochrony Uczestnika – w odniesieniu do umów z miesięczną częstotliwością opłacania Składki bądź w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło ustanie tego stosunku prawnego – w pozostałych przypadkach;
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 4), na wniosek Ubezpieczającego złożony nie później niż na czternaście dni przed zajęciem zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 4), Towarzystwo może przedstawić propozycję dalszego ubezpieczenia takiego Uczestnika określając wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, jaka może być mu udzielana oraz wysokość Kosztu Ochrony. Ochrona Ubezpieczeniowa w takim przypadku zostanie ograniczona do Umowy Głównej, a Koszt tej Ochrony zostanie określony indywidualnie. Koszt ten będzie aktualizowany w każdą Rocznicę Umowy Ubezpieczenia.
5. Przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa również w razie przekraczającego czternaście dni opóźnienia w zapłacie Kosztu Ochrony Uczestnika. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w pierwszym dniu okresu, za który nie został opłacony Koszt Ochrony Uczestnika.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi Ochronę Ubezpieczeniową w dniu wymagalności składki następującym po wznowieniu przez Ubezpieczającego opłacania Kosztu Ochrony tego Uczestnika. W przypadku ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej jest ona ograniczona w sposób opisany w § 7 ust. 3 i 4.
7. O ile strony nie postanowią inaczej, Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 5, wygasta Ochrona Ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Uczestników i Ubezpieczający, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, w terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia tejże ochrony nie wznowił opłacania Składki lub nie złożył wniosku o ponowne objęcie Uczestników Ochroną Ubezpieczeniową, albo po złożeniu takiego wniosku nie wznowił jednocześnie opłacania Składki w najbliższym dniu wymagalności Składki. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu następującym po upływie okresu, w którym Ubezpieczający mógł wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 9.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA

1. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Uczestnika nastąpi:
 - 1) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia;
 - 2) w wyniku Aktu Terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego;
 - 3) w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym;
 - 4) w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie Terroryzmu lub w innych niż wskazane powyżej, w pkt 1) i 2), aktach przemocy;
 - 5) jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez Uczestnika w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej danego Uczestnika.

2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Uczestnika nastąpi w ciągu pierwszych 12-tu miesięcy przynależności Uczestnika do Programu Ochrony Ubezpieczeniowej i będzie spowodowana Nieprawidłowościami Zdrowotnymi.

§ 10.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich mającego potwierdzenie w dokumentacji medycznej Uczestnika;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu Terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie Terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
- 6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym uprawianiem sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 11.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć Uczestnika nastąpi po upływie trzech lat od dnia rozpoczęcia przynależności Uczestnika do Programu Ochrony Ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia lub przed objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 12.

WYSOKOŚĆ I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa Koszt Ochrony każdego z Uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w Umowie Ubezpieczenia przy czym w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 2, Koszt Ochrony danego Uczestnika opłacany po raz pierwszy obliczany jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia tego Uczestnika przypadającego od dnia złożenia przez niego Deklaracji Uczestnictwa do najbliższego dnia wymagalności Składki z Umowy Ubezpieczenia.
2. Wysokość kwoty stanowiącej Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej, wskazana indywidualnie dla każdego Uczestnika w Umowie Ubezpieczenia, obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na

podstawie informacji dotyczących danego Uczestnika, takich jak wiek Uczestnika, ryzyko związane z wykonywanym przez niego zawodem, w tym oceniane w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego, wysokość i zakres Ochrony Ubezpieczeniowej, która będzie udzielana Uczestnikowi w ramach Umowy Ubezpieczenia przez Towarzystwo, jak również innych informacji zawartych w szczególności we Wniosku o ubezpieczenie, Deklaracji Uczestnictwa oraz wypełnianej przez Uczestnika ankiecie medycznej. Kwota stanowiąca Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej określona zostaje w taki sposób, aby zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy Ubezpieczenia, z uwzględnieniem zawiesznień lub ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa mających miejsce w okresach ograniczonej ochrony Towarzystwa, w tym ograniczeń Towarzystwa związanych z wypłaceniem świadczenia z określonej grupy zdarzeń, oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

3. Składka płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej danemu Uczestnikowi.
4. Składka płatna jest w terminach i z częstotliwością określoną w Umowie Ubezpieczenia, począwszy od dnia w niej wskazanego. Umowa może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania Składki. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
5. Koszt Ochrony lub jego część może być finansowany przez Ubezpieczającego lub Uczestnika. O ile Umowa Ubezpieczenia nie zawiera regulacji w tym przedmiocie, Ubezpieczający obowiązany jest do przekazywania Towarzystwu informacji w jakiej części Koszt Ochrony finansuje Uczestnik. W przypadku braku takiej informacji uważa się, że Koszt Ochrony finansowany jest przez Ubezpieczającego.

V. ZMIANY W ROCZNICĘ UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 13.

ROCZNE ODNOWIENIE UMOWY

1. Towarzystwo nie później niż na trzydzieści dni przed dniem końca rocznego okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy Ubezpieczenia złoży Ubezpieczającemu na piśmie, lub, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, propozycję zawarcia kolejnej rocznej Umowy Ubezpieczenia zawierającej:
 - 1) aktualizację Kosztu Ochrony Ubezpieczeniowej umożliwiającą utrzymanie dotychczasowego zakresu ubezpieczenia, albo
 - 2) zmianę wysokości Kosztu Ochrony danego Uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym utrzymaniu dotychczasowego zakresu ubezpieczenia, albo
 - 3) aktualizację warunków ubezpieczenia obejmującą Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej i Sumy Ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa w ust. 1 pkt 2) miałyby zostać przekroczone określone przez Towarzystwo limity dotyczące wysokości Kosztu Ochrony danego Uczestnika, nastąpi takie obniżenie wysokości Sumy Ubezpieczenia, przy którym możliwe będzie utrzymanie danego Kosztu Ochrony na wynikającym z limitów poziomie.
3. Dodatkowo niezależnie od propozycji wskazanej w ust. 1, Towarzystwo może przedstawić Ubezpieczającemu również alternatywne propozycje warunków kolejnej rocznej Umowy Ubezpieczenia.
4. Uczestnikom, którzy ukończyli sześćdziesiąty piąty rok życia i za zgodą Towarzystwa kontynuują ubezpieczenie na indywidualnych warunkach, Towarzystwo może przedstawić również propozycję indywidualnie ustalonych warunków dalszego obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową w czasie kolejnego roku ubezpieczenia lub informację o jej wygaśnięciu z dniem zakończenia aktualnie obowiązującej Umowy Ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający powinien poinformować Towarzystwo o wyborze jednej z propozycji, o których mowa w ust. 1 i ust. 3 lub przedstawić własną propozycję zmian najpóźniej na 14 dni przed dniem końca rocznej Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z obowiązującej Umowy Ubezpieczenia.
6. Jeżeli do dnia Rocznicy Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający nie poinformuje Towarzystwa o nie przyjęciu oferty zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, ani też o dokonaniu wyboru propozycji, o której mowa w ust. 3, strony zgodnie przyjmują, że Ubezpieczający wyraża chęć kontynuowania Ochrony Ubezpieczeniowej zgodnie z propozycją wynikającą z ust. 1. Kolejna Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia wskazanym w ofercie.
7. W Umowie Ubezpieczenia obowiązującej w kolejnym roku ubezpieczenia zachowują ważność postanowienia zawarte uprzednio w aneksach do umowy.
8. W przypadku, gdy propozycja zmian przedstawiona przez Ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej

przysługującej Uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez Uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

VI. ŚWIADCZENIA

§ 14.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika obowiązującej w dniu jego śmierci.

§ 15.

UPOSAŻENI

1. Uczestnik ma prawo samodzielnie wskazać i zmieniać Uposażonych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uposażonym w częściach określonych przez Uczestnika. Jeżeli Uczestnik wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci Uczestnika nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada Uposażonym Zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci Uczestnika nie ma żadnego z Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 16.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, w tym uzyskaniu informacji o których mowa w § 21 ust. 2 pkt 3, 4. W przypadku śmierci Uczestnika poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionych do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i ich uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich, przelewem bankowym na rachunek osoby uprawnionej.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci Uczestnika. W przypadku, gdy wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

VII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA, REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA, KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 17.

ROZWIĄZANIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, Umowie Ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną. W przypadku Ubezpieczającego będącego konsumentem, termin 30-tu dni biegnie od późniejszego z następujących dni: dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia lub dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo

otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia części Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało Ochrony Ubezpieczeniowej;

- 2) wypowiedzenia dokonanego przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
 - 3) braku Uczestników ubezpieczenia, za których opłacana jest Składka.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia Składki, po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, przelewem bankowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 3.

§ 18.

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, w Umowie Ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
- 1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia 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;
 - 2) wypowiedzenia dokonanego przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
 - 3) upływu terminu na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta i braku jej przedłużenia w trybie określonym w § 13 niniejszych OWU;
 - 4) rozwiązania Głównej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydziści dni przed daną Rocznicą Umowy Ubezpieczenia. Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą do dnia odstąpienia Składkę po jej pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie Ochrony Ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich przelewem bankowym.

§ 19.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna począwszy od dnia poprzedzającego dzień wymagalności Składki następujący po dniu, w którym Uczestnik złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez Uczestnika oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania.

§ 20.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 8 ust. 3 pkt 5, Uczestnik może złożyć Towarzystwu Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo. Uprawnienie powyższe nie przysługuje Uczestnikowi, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty Ochroną Ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.
2. Towarzystwo oświadcza, iż zawarcie umowy, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia Uczestnika wyłącznie w przypadku gdy zakres oraz wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej nie przekroczy zakresu oraz wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio Uczestnikowi w ramach Umowy Ubezpieczenia.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia OWU oraz pozostałych warunków ubezpieczenia, dotyczących danego Uczestnika.
2. W ramach Umowy Ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, Ubezpieczający zobowiązany jest również do dokonywania następujących czynności:
- 1) dostarczania Towarzystwu, nie później niż z chwilą zapłaty Składek, pisemnego wykazu kwot Kosztów Ochrony Ubezpieczeniowej wpłaconych z tytułu ubezpieczenia poszczególnych Uczestników wraz z podaniem czy i ewentualnie jaka ich część jest finansowana przez Uczestnika;
 - 2) informowania Towarzystwa o zajściu jakiegokolwiek zdarzenia skutkującego wygaśnięciem Ochrony Ubezpieczeniowej w stosunku do danego Uczestnika;
 - 3) informowania Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego Ochroną Ubezpieczeniową, niezwłocznie po uzyskaniu takiej informacji;
 - 4) kompletowania oraz przekazywania Towarzystwu dokumentacji niezbędnej do likwidacji roszczenia.
3. Ponadto w celu umożliwienia Towarzystwu prawidłowego wykonywania zobowiązań wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:
- 1) wykazu osób, które są objęte ubezpieczeniem, zawierający aktualne dane odnośnie zawodu wykonywanego przez poszczególnych Uczestników;
 - 2) wykazu Uczestników, w stosunku do których wygała Ochrona Ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo w ramach Umowy Ubezpieczenia wraz z podaniem przyczyny jej wygaśnięcia;
 - 3) danych dotyczących stanu zatrudnienia u Ubezpieczającego, prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, jak również innych danych stanowiących podstawę ustalania kwoty stanowiącej Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej, zgodnie z § 12 ust. 2;
 - 4) danych adresowych Uczestników objętych Ochroną Ubezpieczeniową.
4. Do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rzecz danego Uczestnika, a także do zmiany Umowy Ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda Uczestnika. Zmiana Umowy Ubezpieczenia bez zgody Uczestnika nie może naruszać jego praw, praw Uposażonego, Uposażonego Zastępczego ani innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
5. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach Umowy Ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Uczestnikom w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, o ile uczestnicy wyrażą na to zgodę, poniższych informacji:
- 1) o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa;
 - 3) o zmianie Sumy Ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.
7. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w OWU, Ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 22.

OŚWIADCZENIA WOLI

1. Wszelkie oświadczenia woli, wymagane zgodnie z postanowieniami OWU oraz Umowy Ubezpieczenia Uczestnik składa za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z Towarzystwem.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 23.

PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania lub siedziby spadkobiercy Uczestnika, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z Umów Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania lub siedziby spadkobiercy Uczestnika, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 24.

ADMINISTROWANIE DANymi OSOBOWymi

1. Towarzystwo jest administratorem danych osobowych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie. Dane te są przetwarzane na podstawie:
 - 1) zgody udzielonej przez Uczestnika, Ubezpieczającego oraz potencjalnego klienta; osobom tym przysługuje prawo wycofania zgody ze skutkiem od dnia jej wycofania co oznacza, że takie wycofanie nie zmienia skutków prawnych powstałych w okresie obowiązywania zgody;
 - 2) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
 - 3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 4) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych Uczestnika, osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz potencjalnego klienta.
2. Towarzystwo gromadzi dane osobowe z wykorzystaniem: formularza Wniosku ubezpieczeniowego, formularza zmiany danych, formularza zgłoszenia roszczenia oraz innych dokumentów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może wykorzystywać zgromadzone dane osobowe w celu profilowania tj. doboru produktów ubezpieczeniowych, a także oceny ryzyka ubezpieczeniowego włącznie z oceną stanu zdrowia.
4. Towarzystwo w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia może, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uzyskiwać jej dane osobowe od innych zakładów ubezpieczeń, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) lub Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Towarzystwo może przekazywać dane osobowe innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji (w zakresie i celu wynikających z zawartych umów ubezpieczenia) oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej (na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).
6. Towarzystwo może, pod warunkiem uzyskania zgody danej osoby, udostępniać jej dane osobowe innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych, przy czym Grupę Aviva stanowią: Towarzystwo, jednostki powiązane z Towarzystwem w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz fundusze emerytalne i inwestycyjne zarządzane przez Towarzystwo.
7. Osoba ma prawo, w ramach obowiązujących przepisów prawa, uzyskać informacje o treści przetwarzanych jej danych osobowych, a także prawo ich poprawiania albo usunięcia – telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej tj. na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
8. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do chwili zakończenia umowy ubezpieczenia, zakończenia okresu przedawnienia roszczeń z niej wynikających lub zakończenia okresu wynikającego z przepisów ustawy o rachunkowości – w zależności od tego, co nastąpi później.

§ 25.

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);

- 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce;
- 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Uczestnikiem, Uposażonym lub innym uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
11. Konsument ma prawo zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, Uposażonemu i innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 26.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania
2. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w pełnomocnictwach.
3. Spór wynikający z niniejszej Umowy Ubezpieczenia może zostać poddany pod rozstrzygnięcie w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/SNK/2018/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 2) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
 - 3) **Śmierć Uczestnika Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Uczestnika będąca następstwem odpowiednio Nieszczęśliwego Wypadku lub Wypadku Komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty tego zdarzenia;
 - 4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 5) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
 - 6) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka góraska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 7) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci

diety, zaszków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dodatkowo, na wniosek Ubezpieczającego, Ochrona Ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego. Niniejsza Umowa Dodatkowa przewiduje możliwość ustalenia odrębnych wysokości Sum Ubezpieczenia dla obu powyższych zdarzeń.
2. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku mającej miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej śmierci Uczestnika wskutek:
 - 1) Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Dodatkowej;
 - 2) Wypadku Komunikacyjnego – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanych w Umowie Dodatkowej.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przystępująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci Uczestnika;
 - 2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3), Ochronę Ubezpieczeniową w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 4. OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu Śmierci uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Wypadek Komunikacyjny lub śmierć Uczestnika wskutek tych zdarzeń nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużycia przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TIN/2018/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
- 2) **Kalectwo Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 2 niniejszych Warunków Ogólnych uszkodzenie ciała Uczestnika, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
- 3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
- 4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 5) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyszcigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyszcigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 6) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;

- 3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
- 5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 5. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6. OBOWIĄZKI

O Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się odpowiednio wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego, obowiązujących w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego lub zdarzenia spełniającego łącznie wszystkie warunki wskazane w § 1 ust. 1 pkt 2), 3) i 5) wypłacane jest osobie, która w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

**§ 2.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA**

- Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest powstanie Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku Kalectwa Uczestnika powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonego zgodnie z poniższą tabelą:

Utrata wzroku w obojgu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Encefalopatia pourazowa	100%
Utrata kończyny dolnej	75%
Utrata kończyny górnej	75%
Utrata jednego podudzia	70%
Utrata jednego przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata jednego oka	50%
Amputacja wszystkich palców u ręki	50%
Utrata stopy	50%
Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
Unieruchomienie stawu barkowego	40%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Amputacja wszystkich palców u stopy	30%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%
Utrata co najmniej 3 palców u jednej dłoni (bez kciuka)	25%
Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
Amputacja kciuka	10%

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
- 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
- 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytym, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu biodrowego, barkowego i kolanowego w stopniu większym niż 50%,
- 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane zarówno uszkodzeniem w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-wiązadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

3. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przez pozostały czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej podstawę do wyznaczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 stanowiła będzie procentowo określona część Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Umowie Dodatkowej pozostała po dokonaniu dotychczasowych wypłat z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej aż do jej całkowitego wykorzystania.

**§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA**

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego skutkującego wypłatą całości wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, Ochronę Ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

**§ 4.
OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI**

Świadczenie z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Kalectwo Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
- 3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
- 5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

**§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI**

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

3. Postanowieniu ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6. OBOWIĄZKI

O powstaniu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie mają charakteru wyłączniczo wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Uczestnika Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych, które wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TUZ/2018/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 2) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
 - 3) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – wszelkiego rodzaju utracone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części ciała oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystą-

piły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od Nieszczęśliwego Wypadku; w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;

- 4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 5) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 6) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wygasa w dniu:

- 1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, Ochronę Ubezpieczeniową w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Uczestnikowi z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.
2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeżeli Uczestnik zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłączenie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika oraz świadczenie z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą przebiegu leczenia.
4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
 - 3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;

- 6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.

OBOWIĄZKI

O powstaniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłączenie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Uczestnika Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia
4. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji Uczestnika.
5. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia i rehabilitacji Uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Uczestnik po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie Uczestnikowi po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Uczestnika oraz ustalenia lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo.
6. W przypadku, gdy na skutek zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.

7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Uczestnika i wyptaczeniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo na wniosek Uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO NR PGZ/LSU/2019/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
- 2) **Leczenie Szpitalne (Leczenie Szpitalne Uczestnika)** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt Uczestnika w Szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia, z wyłączeniem:
 - a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;
 - oraz
 - b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, chyba że przedmiotem Hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna,

W rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych dzień pobytu w Szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;

- 3) **Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku)** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt Uczestnika w Szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem:
 - a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;
 - oraz

- b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, chyba że przedmiotem Hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna,

W rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych dzień pobytu w Szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;

- 4) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
 - a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
 - b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
 - c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (ból brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
- 5) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
- 6) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Uczestnika pracy na rzecz Ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy Ochroną Ubezpieczeniową objęty jest Mążonek albo Partner Uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego; Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
- 7) **Oddział Intensywnej Terapii (OIT) / Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wyodrębniony organizacyjnie w ramach struktury wewnętrznych Szpitala oddział, na wyposażeniu którego znajduje się specjalistyczna aparatura umożliwiająca stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych pacjentów oraz podjęcie niezbędnych czynności zastępczych w przypadku zaistnienia niewydolności narządów lub układów ustroju;
- 8) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 9) **Tabela Leczeń Szpitalnych** – tabela zawierająca wykaz współczynników używanych do wyliczenia świadczenia ubezpieczeniowego;
- 10) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
 - b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
 - c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji;

- 11) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 12) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
- 13) **Wypadek Komunikacyjny przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Uczestnika pracy na rzecz Ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy Ochroną Ubezpieczeniową objęty jest Małżonek albo Partner Uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego. Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
- 14) **Zajęcie Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 15) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego - w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych - rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
 - b) 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.

Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszej definicji;

- 16) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Leczenie Szpitalne Uczestnika, jakie rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodnie z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem” lub „Wariantami”):

Nr wariantu	Zakres Ubezpieczenia w Wariantcie
I	Leczenie Szpitalne Uczestnika – z progresywną metodą określania wysokości świadczenia
II	Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej i polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego opisanego w ust. 1 - świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą zależną od wybranego Wariantu Umowy:
 - 1) w Wariantcie I – metodą progresywną, opisaną w ust. 5 pkt 1);
 - 2) w Wariantcie II - metodą opisaną w ust. 5 pkt 2).
4. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej, w Umowie Ubezpieczenia zostaje ustalona:
 - 1) Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika, albo
 - 2) Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu umowy świadczenie ubezpieczeniowe obliczane jest następująco:
 - 1) metoda progresywna – świadczenie ubezpieczeniowe jest zróżnicowane w zależności od przyczyny oraz czasu trwania Leczenia Szpitalnego i obliczane jest na podstawie współczynników zawartych w poz. 1-7 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego. W przypadku gdy w trakcie pobytu w Szpitalu Uczestnik przebywał na OIT/OIOM przez okres co najmniej dwudziestu czterech godzin, Towarzystwo wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest należne wyłącznie za jeden pobyt danego Uczestnika na OIT/OIOM, w danym roku ubezpieczenia;
 - 2) Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku - świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi współczynnika wymienionego w części II Tabeli Leczeń Szpitalnych, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz liczby dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Tabela Leczeń Szpitalnych

CZĘŚĆ I – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO			
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 5 dni, Leczenia Szpitalnego Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia			
Czas leczenia	Lp.	metoda progresywna	% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	1	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	2,00 %
	2	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy	2,50 %
	3	Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym	2,50 %
	4	Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy	3,00 %
	5	Leczenie Szpitalne spowodowane zaistniałym w okresie ubezpieczenia Zawałem Serca lub Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne	1,50 %
	6	Leczenie Szpitalne spowodowane inną przyczyną niż wymienione w pozycjach 1-5	0,60 %
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	7	Za każdy dzień Leczenia Szpitalnego, bez względu na przyczynę	0,50 %
	8	Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku co najmniej 24-godzinnego pobytu w trakcie Leczenia Szpitalnego na OIT/OIOM	10,00%
CZĘŚĆ II – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU			
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 5 dni, Leczenia Szpitalnego Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia, spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem			
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	9	1,00% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	10	0,50% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	

- W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż odpowiednio jedno Leczenie Szpitalne Uczestnika albo Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć odpowiednio Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika albo Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
- Z zastrzeżeniem ust.9, jeżeli Leczenie Szpitalne Uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowien zdania poprzedzającego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w mowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej.
- W przypadku gdy jedno Leczenie Szpitalne danego Uczestnika jest konsekwencją kilku przyczyn, wysokość świadczenia za pierwsze czterdzieści dni leczenia ustalane jest na podstawie najwyższego ze współczynników wymienionych w poz. 1-7 Tabeli Leczeń Szpitalnych odpowiadającego jednej z przyczyn leczenia.
- W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Wypadku Komunikacyjnego, Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy, Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Uczestnika, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych Leczeń Szpitalnych spowodowanych tą samą przyczyną, dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne Uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym daną przyczyną.
- Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się później z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
- Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
- Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2), Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Leczenia Szpitalnego w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej przysługująca Uczestnikowi w okresie pierwszych stu dwudziestu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Uczestnika będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego oraz z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Uczestnika lub Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi:
 - w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczest-

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

- Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.

- nika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzebraniem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
 - 3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
 - 6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;
 - 7) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległ Uczestnik;
 - 8) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego oraz z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia nastąpi śmierć Uczestnika.
 3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe będzie skutkiem Nieprawidłowości Zdrowotnych.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Umowy Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązki ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.

OBOWIĄZKI

O przebyciu Leczeniu Szpitalnym lub Leczeniu Szpitalnym wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia jego zakończenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się odpowiednio wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika albo Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązującej w dniu rozpoczęcia odpowiednio Leczenia Szpitalnego Uczestnika albo

Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przy zastosowaniu wskazanych w Tabeli Leczeń Szpitalnych współczynników procentowych.

2. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 8, przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Uczestnika spowodowanego tą samą przyczyną.
3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego albo z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.
4. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego albo z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 9 stycznia 2019 roku, z mocą obowiązującą od dnia 15 marca 2019 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE” NR PGZ/HCB/2018/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz Uczestnika, wskazane w części 3. Wykazu stanowiącego Załącznik nr 1 do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej; wyróżnia się Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1 i typu 2;
 - 2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 3) **Leczenie Szpitalne (Hospitalizacja)** – nieprzerwany pobyt Uczestnika w Szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Uczestnik przebywał w Szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze Szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja;
 - 4) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdro-**

wotne) – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:

- a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
 - b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
 - c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (ból brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
- 5) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
- 6) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Uczestnika. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 7) **Świadczenie Ryczałtowe** – świadczenie z tytułu Dodatkowego Zdarzenia typu 1;
- 8) **Świadczenie Lekowe** – świadczenie z tytułu Dodatkowego Zdarzenia typu 2;
- 9) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 10) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 11) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku

i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest:
 - 1) w wariantcie I – operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji rozpoczętej w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Uczestnika będących przyczyną Hospitalizacji Uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wariantu I oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w Wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;
 - 2) w wariantcie II – operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Uczestnika rozpoczętej w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Uczestnika będących przyczyną Hospitalizacji Uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wariantu II oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w Wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;
 - 3) Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe typu 2, o które może zostać rozszerzony wariant II.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie zajścia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, określonego w ust. 1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej, w Wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych, stawki procentowej i Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 1 jest równa Sumie Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł. Suma Ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 2 określona jest niezależnie od Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej – nie może przekraczać 10 000 (dziesięć tysięcy) zł, a jej wysokość podana jest w Polisie.
4. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również Świadczenie Ryczałtowe lub Świadczenie Lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe, przy czym wypłata Świadczenia Lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje takie Zdarzenia Ubezpieczeniowe.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego ubezpieczony może otrzymać co najwyżej po jednym Świadczeniu Ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia oraz jedno Świadczenie Lekowe.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Uczestnika w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Uczestnika, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz Świadczeń Ryczałtowych i Lekowych, związanych z takimi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 7 niniejszego paragrafu. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantów umowy, o których mowa w ust. 1. Postanowienie zdania pierwszego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej.
7. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach Hospitalizacji Uczestnika rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa, na uprzedni wniosek Ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia o Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 2, Świadczenie Lekowe nie

zostanie wypłacone, za wyjątkiem takich postępowań medycznych, które w tym okresie przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

8. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Uczestnika postępowania medycznego, które opisano w części 2 Wykazu stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych, jest należne, o ile Hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej.
9. Z zastrzeżeniem ust. 10, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Uczestnika związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Wykazu.
10. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 9 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
11. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 10 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 11 zostały określone w Wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.
12. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 10 i 11, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz Uczestnika, które przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2), Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej przysługująca Uczestnikowi w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstanie:
 - 1) w związku z leczeniem przez Uczestnika skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
 - 2) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków, które były przyczyną Zdarzeń Ubezpieczeniowych objętych Ochroną Ubezpieczeniową na podstawie Umowy Dodatkowej;
 - 3) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczest-

nika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;

- 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzeżeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samoszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 7) w związku z Wycynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
 - 8) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;
 - 9) w związku z chorobą Uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej wymagającej okresowego leczenia lub wadą wrodzoną;
 - 10) w związku z kłeską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;
 - 11) w związku z takim pobylem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Uczestnika.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe będzie skutkiem Nieprawidłowości Zdrowotnych.

§ 5. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Uczestnika, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej na wyższą i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas z tytułu tego postępowania

wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe postanowienie nie ma zastosowania, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

4. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenia Ubezpieczeniowe oraz Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do Szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały Hospitalizację bez skierowania;
 - 2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Uczestnika w Szpitalu;
 - 4) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
5. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wypłacane jest Uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznicie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa

w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

7. W przypadku, gdy w trakcie jednej Hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego najwyższemu ze świadczeń, przewidzianych na wypadek zdarzeń, których roszczenie dotyczy.

§ 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WYKAZ NR 1/2018

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW OGÓLNYCH UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE” NR PGZ/HCB/2018/1

Część 1					
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	-	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	-	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	-	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	-	✓
5	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
6	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	-	✓
9	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	-	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	-	✓
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	-	✓
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓
14	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓
15	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
16	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
17	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓

24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	-	✓
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	-	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	-	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓
35	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miazdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	-	✓
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	-	✓
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	-	✓
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	-	✓
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwaki śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	-	✓

CHOROBY NARZĄDU WZROKU					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	-	✓
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony zachowawczo	4%	-	✓
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%	✓	✓
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%	-	✓
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%	-	✓
47	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	✓	✓
48	5 lat/5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%	✓	✓
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%	-	✓
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%	-	✓
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%	-	✓
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	✓	✓
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	-	✓
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	-	✓
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	-	✓
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%	✓	✓
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
58	5 lat	Jaskra leczona zachowawczo	4%	-	✓
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	✓	✓
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie	4%	✓	✓
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%	✓	✓
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	✓	✓
64	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓
65	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%	-	✓

67	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%	✓	✓
68	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%	✓	✓

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
69	nie dotyczy	Uraz nosa leczony zachowawczo	1%	-	✓
70	5 lat	Krwawienie z nosa leczone metodą zabiegową (z wyłączeniem polipa i urazu nosa)	2%	✓	✓
71	nie dotyczy	Uraz nosa leczony operacyjnie	3%	✓	✓
72	5 lat	Przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego leczony operacyjnie	4%	✓	✓
73	5 lat	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	3%	-	✓
74	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	3%	-	✓
75	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	3%	✓	✓
76	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓
77	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%	✓	✓
78	5 lat/5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓
79	5 lat	Choroba dziąsła, przyzębia leczone zachowawczo	4%	-	✓
80	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej i liszaja płaskiego)	3%	-	✓
81	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%	✓	✓
82	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%	✓	✓
83	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%	✓	✓
84	5 lat	Choroba gardła lub krtani leczona zachowawczo	3%	-	✓
85	5 lat	Zapalenie nagłośni leczone zachowawczo	9%	-	✓
86	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%	✓	✓
87	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%	✓	✓
88	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%	✓	✓
89	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%	✓	✓
90	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony zachowawczo	3%	-	✓
91	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	4%	-	✓
92	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%	✓	✓
93	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%	✓	✓
94	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%	✓	✓
95	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%	✓	✓
96	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%	✓	✓
97	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%	-	✓
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%	-	✓
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%	-	✓
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	-	✓
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%	-	✓
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%	-	✓
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	✓	✓
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%	-	✓
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓

108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%	-	✓
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%	-	✓
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%	-	✓
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%	✓	✓
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%	✓	✓
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	-	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	-	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	-	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	-	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	-	✓
122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	-	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%	-	✓
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	-	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	-	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%	-	✓
135	5 lat/5 lat	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%	✓	✓
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej leczone zachowawczo	8%	-	✓
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%	-	✓
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%	✓	✓
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	-	✓
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%	-	✓
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%	-	✓
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	-	✓
143	5 lat	Choroba niedokrwienności serca leczona zachowawczo	5%	-	✓
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	-	✓
145	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskorną plastiką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskorną wewnątrznaczyniową plastiką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓

147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	-	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	-	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przeszskornej lub metodą CARTO	18%	✓	✓
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%	✓	✓
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	-	✓
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy nacyniowej lub przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy nacyniowej lub przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓
158	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓
159	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%	✓	✓
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy nacyniowej	30%	✓	✓
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy nacyniowej lub przeszskornej plastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%	✓	✓
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy nacyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%	✓	✓
164	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy nacyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%	✓	✓
165	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%	✓	✓
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeszskorną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%	✓	✓
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%	✓	✓
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%	✓	✓
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	-	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	-	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	-	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓

179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żyłaków przetyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓
181	5 lat	Żylaki przetyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przetykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przetykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	-	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	-	✓
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%	-	✓
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	-	✓
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	✓	✓
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%	✓	✓
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%	✓	✓
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%	✓	✓
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%	✓	✓
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%	✓	✓
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%	-	✓
208	5 lat	Zwężenie przetyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przetyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przetyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%	-	✓
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczoo-odbytowego)	18%	✓	✓
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczoo-odbytowego)	25%	✓	✓
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczoo-odbytowego)	21%	✓	✓
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczoo-odbytowego)	27%	✓	✓
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczoo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓

219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%	-	✓
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%	-	✓
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%	✓	✓
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%	✓	✓
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	-	✓
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	✓	✓
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%	-	✓
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	-	✓
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	-	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	-	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	-	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	-	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	-	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	-	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	-	✓
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	-	✓
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	-	✓
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	-	✓
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%	-	✓
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%	-	✓
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%	-	✓

258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%	✓	✓
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%	✓	✓
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	✓	✓
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	✓	✓
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	✓	✓
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	✓	✓
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	✓	✓
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%	✓	✓
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%	-	✓
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%	✓	✓
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%	✓	✓
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%	✓	✓
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%	✓	✓
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	-	✓
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow)	10%	✓	✓
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	-	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	-	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	-	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓
300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓

303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	-	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okostostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	-	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	-	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	-	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	-	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	-	✓
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓
312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	-	✓
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	✓	✓
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%	✓	✓
316	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	-	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczone operacyjnie	17%	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczone operacyjnie	8%	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczone operacyjnie	13%	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczone operacyjnie	17%	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczone operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczone operacyjnie	10%	✓	✓
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	-	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%	-	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓

CHOROBY SKÓRY

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
334	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%	✓	✓
335	5 lat	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	-	✓
336	5 lat	Choroba ropna skóry, choroba wirusowa skóry, choroba pęcherzowa skóry leczone zachowawczo oraz zabiegowo	4%	-	✓
337	5 lat	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%	✓	✓
338	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrzodzeń w przebiegu cukrzycy)	18%	✓	✓
339	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	24%	✓	✓
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%	-	✓
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	8%	-	✓

342	5 lat	Choroba wynikająca z nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia oraz tłuszczycza leczone zachowawczo	8%	-	✓
343	5 lat	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%	-	✓
344	5 lat	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%	✓	✓
345	5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	3%	-	✓
346	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%	✓	✓
347	5 lat/5 lat	Choroba sutka leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%	✓	✓
348	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z wycięciem węzła chłonnego wartowniczego	6%	✓	✓
349	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%	✓	✓
350	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczony operacyjnie	8%	✓	✓
351	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%	✓	✓
352	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	9%	✓	✓

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
353	5 lat	Cukrzyca leczona zachowawczo (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych)	7%	-	✓
354	5 lat	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%	-	✓
355	5 lat	Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego leczone zachowawczo	6%	-	✓
356	5 lat	Choroba tarczycy leczona operacyjnie	11%	✓	✓
357	5 lat	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%	✓	✓
358	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	23%	✓	✓
359	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	15%	✓	✓
360	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	-	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	-	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	-	✓
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	-	✓
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodne	10%	✓	✓
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	-	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓

378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
383	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub prącia leczone zachowawczo (z wyłączeniem przepukliny mosznowej lub chorób przenoszonych drogą płciową)	3%	-	✓
384	5 lat	Zapalenie gruczołu krokowego leczone zachowawczo	5%	-	✓
385	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony zachowawczo	4%	-	✓
386	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
387	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
388	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%	✓	✓
389	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓
390	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	4%	✓	✓
391	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	5%	✓	✓
392	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	4%	✓	✓
393	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	6%	✓	✓
394	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczone operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	5%	✓	✓
395	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczone operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	7%	✓	✓
396	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony zachowawczo	2%	-	✓
397	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	11%	✓	✓
398	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	15%	✓	✓

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%	-	✓
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauterizacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%	✓	✓
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%	✓	✓
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%	✓	✓
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%	✓	✓
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%	✓	✓
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%	-	✓
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	-	✓
407	5 lat/5 lat	Torbiel/nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
408	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓

409	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%	✓	✓
410	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
411	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
412	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%	-	✓
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓

CHOROBY HEMATOLOGICZNE

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
421	5 lat	Zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem leczenia chemio- i/lub radioterapii)	6%	-	✓
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%	✓	✓
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%	-	✓
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓
426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓

TRAUMATOLOGIA

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/II stopnia leczone zachowawczo	6%	-	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone zachowawczo	11%	-	✓
430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%	✓	✓
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%	✓	✓
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%	✓	✓
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnięciem/wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%	-	✓
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%	✓	✓
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%	✓	✓

438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%	✓	✓
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	-	✓
440	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	16%	-	✓
441	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	-	✓
442	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	17%	-	✓
443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%	✓	✓
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%	-	✓

Część 2

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
445	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓
446	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓
447	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓
448	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓

5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne
5 lat/18 mies. – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną
5 lat/5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne, dotyczące narządów położonych symetrycznie (liczonych odrębnie dla lewego i prawego narządu).

Część 3

Nr poz.	Typ dodatkowego zdarzenia	Dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
449	typ 1	Medyczne zalecenie poddania się chemo-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%	✓	✓
450	typ 1	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowskim/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%	✓	✓
451	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%	-	✓
452	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%	-	✓
453	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%	-	✓
		Zakwalifikowanie ubezpieczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia do onkologicznego programu zdrowotnego albo programu chemioterapii niestandardowej ¹	100%	-	✓

¹ Świadczenie to nie jest należne jeżeli Towarzystwo wypłaciło ubezpieczonemu takie świadczenie w ramach którejkolwiek Umowy Dodatkowej świadczenia szpitalnego.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA NR PGZ/PZK/2019/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;

2) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:

- wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
- jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
- powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (ból brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;

3) **Poważne Zachorowanie** – przewidziane w Tabeli 1a oraz Tabeli 1b niniejszych Warunków Ogólnych schorzenie Uczestnika, które wystąpiło w trakcie Ochrony Ubezpieczeniowej;

- 4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 5) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 6) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu umowy (zwanego dalej „Wariantem” lub „Wariantami”):
 - 1) Wariant I – wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1 (Tabela 1a);
 - 2) Wariant II – wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 2 (Tabela 1a oraz pozycja nr 1 z Tabeli 1b);
 - 3) Wariant III – wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 3 (Tabela 1a i Tabela 1b).
2. W ramach Poważnego Zachorowania Zdarzeniem Ubezpieczeniowym, w zależności od wybranego wariantu, jest wystąpienie u Uczestnika schorzeń wymienionych dla danej wersji odpowiednio w Tabeli 1a lub w Tabeli 1a i Tabeli 1b, zawartych w niniejszych Warunkach Ogólnych, które sklasyfikowane są w ramach pięciu grup. Tabele, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, określają listę Poważnych Zachorowań objętych zakresem ubezpieczenia w poszczególnych wersjach.
3. Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie Poważnego Zachorowania Uczestnika, o ile Uczestnik przeżył co najmniej 30 (trzydzieści) dni licząc od dnia wystąpienia tego Poważnego Zachorowania. Zobowiązanie Towarzystwa do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie Poważnego Zachorowania Uczestnika dotyczy również przypadku, gdy Uczestnik zmarł w okresie wskazanym w zdaniu poprzednim w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten nie był przyczyną wystąpienia Poważnego Zachorowania.
4. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania Uczestnika jest:
 - 1) dzień zabiegu/operacji – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Angioplastyka naczyń wieńcowych, Operacja aorty, Operacja mózgu, Operacja tętnicy płucnej, Operacja zastawek

serca, Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię, Usunięcie płuca (pneumonektomia), Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;

- 2) dzień zakwalifikowania Uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu narządu jeśli Uczestnik nie był na liście biorców – w przypadku Przeszczepu narządów;
 - 3) dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie choroby zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem;
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Amputacja kończyn, Rozległe oparzenie, Toczeń rumieniowaty układowy (SLE), Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, Zawał serca;
 - 5) ostatni dzień sześciomiesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku Całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy;
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie Gruźlicy leczonej szpitalnie, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku Gruźlicy leczonej szpitalnie;
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku Ciężkiej sepsy (posocznicy), Tężca leczonego szpitalnie i Wścieklizny leczonej szpitalnie;
 - 8) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach pozostałych Poważnych Zachorowań wskazanych w Tabeli 1a lub w Tabeli 1b, a nie wymienionych w pkt 1 – 7 powyżej.
5. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, wskazanej w Umowie Dodatkowej, przy zastosowaniu wskaźnika procentowego wskazanego odpowiednio w Tabeli 1a albo w Tabeli 1b, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej.
 6. Z zastrzeżeniem § 3 ust. 4, przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie I, II, III lub IV (Tabela 1a poniżej) uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, wysokość odpowiedniego wskaźnika procentowego oraz liczbę i rodzaj świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu Poważnego Zachorowania, zgodnie z opisem w Tabeli 1a oraz z treścią ust. 7 – 10 poniżej:

Tabela 1a. – Wskaźniki procentowe wykorzystywane do wyliczenia świadczenia ubezpieczeniowego.

L.p.	Poważne Zachorowania	wersja 1	wersja 2	wersja 3	Ochrona po wypłacie Świadczenia z Grupy
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia ¹			
Grupa I					
1	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania
2	Przeszczep narządów	100%	100%	100%	
3	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
4	Schyłkowa niewydolność oddechu	-	-	100%	

5	Schyłkowa niewydolność wątroby	-	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania
6	Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne	-	100%	100%	
Grupa II					
7	Angioplastyka naczyń wieńcowych		100% ²	100% ²	Wyплата świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z Grupy II, nie zmniejsza również liczby możliwych do uzyskania świadczeń
8	Operacja aorty	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy II (poza Angioplastyką naczyń wieńcowych)
9	Pomostowanie aortalno wieńcowe (bypass)	100%	100%	100%	
10	Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
11	Zawał serca	100%	100%	100%	
12	Operacja zastawek serca	-	100%	100%	
13	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	-	100%	100%	
Grupa III					
14	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy III
15	Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne	-	100%	100%	
16	Niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)	-	100%	100%	
Grupa IV					
17	Rozległe oparzenie	100%	100%	100%	Koniec ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy IV
18	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%	100%	100%	
19	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%	100%	100%	
20	Amputacja kończyn	-	100%	100%	
21	Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	100%	100%	
22	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	-	100%	100%	

¹ z zastrzeżeniem § 3 ust. 4

² wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Angioplastyki naczyń wieńcowych nie może przekroczyć kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł

7. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w związku z wystąpieniem Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupie I, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa.

W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w związku z wystąpieniem Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupach II-IV, każde kolejne roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania może zostać rozpatrzone, o ile zaistniało po upływie co najmniej 365 dni od daty wystąpienia Poważnego Zachorowania bezpośrednio je poprzedzającego.

8. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 4, trzecie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupach II-IV jest równe dziesięciu procentom świadczenia określonego w Tabeli 1a.

9. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 4, w przypadku wykonania zabiegu Angioplastyki naczyń wieńcowych świadczenie ubezpieczeniowe jest równe Sumie Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, nie więcej jednak niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. Wyплата świadczenia z tytułu wykonania Angioplastyki naczyń wieńcowych nie wpływa na uprawnienia do pozostałych świadczeń możliwych do uzyskania z grup I – IV, nie wpływa również na liczbę możliwych do uzyskania świadczeń.

Tabela 1b. – Wskaźniki procentowe wykorzystywane do wyliczenia świadczenia ubezpieczeniowego.

L.p.	Poważne Zachorowania	wersja 1	wersja 2	wersja 3	Ochrona po wypłacie Świadczenia z Grupy V
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia ³			
Grupa V					
1	Gruźlica leczona szpitalnie	-	100% ⁴	100% ⁴	Wyплата świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z grupy V
2	Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy V, jeśli wypłata spowodowała wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia.
3	Choroba Creutzfeldta-Jacoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
4	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	-	50%	
5	Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
6	Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
7	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	-	-	50%	

8	Postępujące porażenie nadjądrowe	-	-	50%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy V, jeśli wypłata spowodowała wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia.
9	Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
10	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	-	-	50%	
11	Usunięcie płuca (pneumonektomia)	-	-	50%	
12	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne	-	-	25%	
13	Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita	-	-	25%	
14	Ciężka sepsa (posocznica)	-	-	25%	
15	Infekcyjne zapalenie wsierdza	-	-	25%	
16	Operacja mózgu	-	-	25%	
17	Operacja tętnicy płucnej	-	-	25%	
18	Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię	-	-	25%	
19	Tężec leczony szpitalnie	-	-	25%	
20	Wirusowe zapalenie mózgu	-	-	25%	
21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	-	-	25%	
22	Wścieklizna	-	-	25%	
23	Zakażenie wirusem HIV/ zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	-	-	25%	
24	Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym	-	-	10%	

³ z zastrzeżeniem § 3 ust. 4

⁴ wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Angioplastyki naczyń wieńcowych nie może przekroczyć kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł

10. Z zastrzeżeniem §3 ust. 4, w przypadku wystąpienia w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie V (Tabela 1b), Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz określonego w Tabeli 1b wskaźnika procentowego, nie większego niż

wielkość, która wynika z różnicy stu procent i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie V. Postanowienia zdania poprzedniego nie dotyczą wypłaty świadczenia z tytułu Gruźlicy leczonej szpitalnie, z zastrzeżeniem że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Gruźlicy leczonej szpitalnie, obliczona w sposób wskazany powyżej, nie przekroczy kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł.

11. Uznanie roszczenia z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupie V powoduje zakończenie Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej tego Poważnego Zachorowania.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

- Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
- Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
- W okresie pierwszych stu dwudziestu dni obejmowania Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem.
- Po upływie okresu, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje również Poważne Zachorowania spowodowane innymi przyczynami niż Nieszczęśliwy Wypadek, przy czym wysokość świadczenia z tego tytułu przez okres kolejnych pięćdziesięciu dni ograniczona jest do kwoty stanowiącej odpowiedni procent świadczenia obliczonego w sposób wskazany w § 2 ust. 7-10. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, pierwszego z tych dni wynosi dwa procent świadczenia obliczonego w sposób wskazany w § 2 ust. 7 - 10 i wzrasta o dwa procent dziennie, osiągając ostatniego dnia sto procent świadczenia obliczonego w sposób wskazany w § 2 ust. 7-10.
- W przypadku zmiany Wariantu umowy, na inny wskazany w § 2 ust. 1 lub w przypadku zwiększenia liczby chorób objętych Ochroną Ubezpieczeniową, ograniczenia o których mowa w ust. 3 i 4 dotyczą Poważnych Zachorowań, o które nastąpiło rozszerzenie zakresu ubezpieczenia i rozpoczynają się w dniu początku obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej rozszerzonej o te Poważne Zachorowania.
- Postanowień ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej.
- Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - wystąpienia pierwszego Poważnego Zachorowania, jeśli jest nim choroba wymieniona w grupie I, pod warunkiem uznania roszczenia z tytułu tego Poważnego Zachorowania;
 - wystąpienia trzeciego Poważnego Zachorowania, jeśli jest nim choroba wymieniona w grupach II-IV, pod warunkiem uznania roszczenia z tytułu tego Poważnego Zachorowania;
 - rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
- Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 7 pkt 4, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania z upływem stu dwudziestu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Uczestnika wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużycia przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa;
 - 3) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terrorizmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terrorizmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe będzie skutkiem Nieprawidłowości Zdrowotnych.
 3. Postanowienie ust. 2 niniejszego paragrafu dotyczy również przypadku zmiany Wariantu umowy, o których mowa w § 2 ust. 1, lub każdej innej zmiany polegającej na rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w niniejszej Umowie Dodatkowej poprzez zwiększenie liczby Poważnych Zachorowań, przy czym to ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa ma wówczas zastosowanie tylko w stosunku do Poważnych Zachorowań, o które rozszerzono zakres ubezpieczenia.
 4. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie wystąpi w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
 - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne;
 - 2) chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca;
 - 3) chorobę niedokrwinną serca – w przypadku Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (bypass).
 5. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika nie jest należne, jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania Uczestnika nastąpi śmierć Uczestnika.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązkiem ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika wypłacane jest Uczestnikowi.
2. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika nie mają charakteru wyłączanie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

§ 8.

ZAŁĄCZNIKI

Integralną częścią niniejszych OWU jest Załącznik nr 1 - Definicje Poważnych Zachorowań.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 9 stycznia 2019 roku, z mocą obowiązującą od dnia 15 marca 2019 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – DEFINICJE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

1. Ilekroć w niniejszym załączniku oraz w Warunkach Ogólnych, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 1. **Amputacja kończyn** – pourazowa utrata kończyny w miejscu wypadku lub zabieg operacyjny polegający na odjęciu kończyny wskutek choroby lub wypadku - w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia - musi dotyczyć jednocześnie co najmniej dwóch kończyn: na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej, na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
 2. **Angioplastyka naczyń wieńcowych** – zabieg polegający na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – wykonany pierwszorazowo, przy użyciu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, zalecony przez lekarza specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych;
 3. **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
 4. **Całkowita i nieodwracalna utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodków mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę laryngologa lub lekarza specjalistę neurologa. Przypadki choroby spowodowane zaburzeniami psychicznymi nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 5. **Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpie-

- czenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę laryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
6. **Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę okulistę. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 7. **Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹). Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS) lub nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 8. **Choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wyniki badań EEG i badań obrazowych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹;
 9. **Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkująca wykonaniem w trakcie leczenia częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego) podczas co najmniej dwóch odrębnych operacji lub całkowitej resekcji jelita grubego; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
 10. **Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy;
 11. **Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹, przy równoczesnym potwierdzeniu na podstawie obiektywnych objawów, że choroba ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Przypadki zespołu Parkinsona wywołanego przez czynniki toksyczne lub spowodowane nadużywaniem alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 12. **Ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mm Hg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 13. **Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹;
 14. **Gruźlica leczona szpitalnie** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozopłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płucowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych, skutkujące hospitalizacją w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też Poważnego Zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
 15. **Infekcyjne zapalenie wsierdza** – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków - w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza w dwóch różnych posiewach. Zapalenie wsierdza o etiologii innej niż infekcyjna oraz u osób, które przeżyły operację zastawek serca, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 16. **Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym - w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujący usunięciem neurochirurgicznym lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 17. **Niedokrwiłość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,

- b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³.
- Uczestnik musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Uczestnika został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
18. **Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina); rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
19. **Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego, do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym zalicza się wyłącznie zmiany chorobowe wymienione poniżej:
- rak nieinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne) wszystkich narządów poza skórą,
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC.
- Dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe inne niż wymienione powyżej, wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej, a także wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
20. **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
21. **Operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
22. **Operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna z wykonaniem sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza specjalistę kardiochirurga;
23. **Operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
24. **Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przezskórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
25. **Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nierokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy, rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
26. **Postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do całkowitego unieruchomienia chorego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wystąpienie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy;
27. **Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – powstałe wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji 1), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- uszkodzenia rdzenia kręgowego,
 - zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu niebędące bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występującej nagle,
 - sytuacje, gdy do powstania Nieszczęśliwego Wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Uczestnika;
28. **Przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – Uczestnikowi jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po

- uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi Poważne Zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
29. **Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujące wykonaniem przez lekarza specjalistę neurochirurga operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia) w celu ewakuacji ropnia zlokalizowanego w tkance mózgowej. Rozpoznanie ropnia mózgu musi zostać potwierdzone wynikami tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI);
30. **Rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. powierzchni ciała, rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
31. **Schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa, skutkujące rozpoczęciem przewlekłej dializoterapii. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
32. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące znaczne obniżenie wydolności oddechowej – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich niżej wymienionych kryteriów:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie co najmniej 1 (jednego) miesiąca,
 - konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg ($pO_2 < 55$ mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej;
33. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę hepatologa lub gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczką,
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - encefalopatia wrotna,
 - żylaki przełyku.
- Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi niewydolność wątroby będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);
34. **Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – przejawiająca się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, potwierdzona ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację
- uszkodzenia nerwu wzrokowego, prnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
35. **Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujący intubacją i mechaniczną wentylacją dla podtrzymania życia przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięć sześć) godzin, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nierokującego możliwości poprawy. Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);
36. **Tęcza leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tęcza (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkująca zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwcząkowej, rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
- bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - łukowate wygięcie ciała (opistotonus).
- Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tęcza z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tęczowej w surowicy krwi;
37. **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
- stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześć) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”,
 - stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.
- Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
38. **Twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa lub lekarza specjalistę dermatologa na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- zlokalizowane postacie sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy - morphea),
 - eozynofilowe zapalenia powięzi,
 - zespół CREST;
39. **Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poddarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
40. **Usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
41. **Wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
42. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkująca całkowitym chirurgicznym usunięciem jelita grubego (kolektomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
43. **Wścieklizna leczona szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie obowiązujących klinicznych kryteriów diagnostycznych i kryteriów laboratoryjnych określonych przez Państwowy Zakład Higieny, skutkująca zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych;
44. **Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po przystąpieniu Uczestnika do umowy ubezpieczenia lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie ubezpieczenia o niniejsze Poważne Zachorowanie,
 - serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
 - krew/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - Uczestnik nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilię.
- Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
45. **Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujące wykonaniem w trybie nagłym zabiegu embolektomii (czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej) przy otwartej klatce piersiowej. Zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych, bądź środków farmakologicznych nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
46. **Zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego - w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia - rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
 - 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.
- Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji.
- ¹ Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji – stan choroby wyrażający się niemożnością wykonywania, przez okres minimum 6 (sześciu) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z wymienionych poniżej czynności życia codziennego:
- kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznicza) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób,
 - ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadawalającego poziomu higieny osobistej,
 - odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT II NR PGZO/AS2/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZO/2016/1 lub nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekoć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, działający na zlecenie Towarzystwa i udzielający uczestnikowi świadczeń opiekuńczych, dostępny pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 563 11 35;
 - choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej;
 - data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana jako dzień złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę w dokumencie zawierającym przedmiotowe oświadczenie; w przypadku braku wskazania daty w dokumencie zawierającym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę, za datę wypowiedzenia tej umowy uznaje się dzień, w którym oświadczenie to zgodnie z zapewnieniem uczestnika, zostało złożone;
 - dziecko uczestnika** – dziecko własne lub przysposobione uczestnika;

- 5) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 6) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 7) **małżonek uczestnika** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego;
 - 8) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika, wymagający pomocy lekarskiej, zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
 - 10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z uczestnikiem, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
 - 11) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
 - 12) **rodzic uczestnika** – naturalny ojciec lub naturalna matka uczestnika lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia uczestnika. Za rodzica uczestnika uważa się również ojczyma lub macochę uczestnika, jeżeli w dniu zdarzenia nie żyje ojciec lub matka uczestnika;
 - 13) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający uczestnikowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 14) **transport medyczny** – transport zapewniony uczestnikowi przez centrum operacyjne w sposób wskazany przez lekarza centrum operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia uczestnika nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
 - 15) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 16) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 17) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
 - 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na:
 - a) wystąpieniu u uczestnika nagłego zachorowania;
 - b) wystąpieniu u uczestnika nieszczęśliwego wypadku powodującego fizyczne uszkodzenie ciała uczestnika;
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 5;
 - d) pogorszeniu się stanu zdrowia uczestnika w następstwie utraty pracy przez uczestnika w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę od Ubezpieczającego będącego jednocześnie Pracodawcą, gdy wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących Ubezpieczającego (przez które rozumie się w szczególności przyczyny ekonomiczne, produkcyjne, zmiany organizacyjne albo technologiczne, upadłość albo likwidację zakładu pracy, zwolnienia grupowe).
2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach niniejszej umowy dodatkowej jest zdrowie i życie uczestnika.
2. W ramach niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielania za pośrednictwem centrum operacyjnego następujących świadczeń opiekuńczych:
 - 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w przypadku urodzenia się uczestnikowi dziecka;
 - 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika;
 - 5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych uczestnika takich jak:
 - a) zgon dziecka uczestnika;
 - b) zgon małżonka uczestnika;
 - c) zgon rodzica uczestnika;
 - d) choroba przewlekła uczestnika;
 - 6) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi usług informacyjnych;
 - 7) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi informacji dostępnych w ramach infolinii „Baby Assistance”;
 - 8) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi uczestnika;
 - 9) świadczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia uczestnika w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę od Ubezpieczającego będącego jednocześnie Pracodawcą, gdy wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących Ubezpieczającego.
3. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 1 i 2 Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację wymienionych poniżej usług i pokrycie ich kosztów do wysokości określonych limitów z tytułu zajścia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) wizyta lekarza – w sytuacji gdy na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik wymaga wizyty lekarskiej Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu uczestnika. W odniesieniu do nagłego zachorowania wizyta lekarza świadczona jest maksymalnie 3 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia;
 - 2) transport medyczny z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b wymagającego pobytu uczestnika w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywał

- w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 4) transport medyczny między placówkami medycznymi w przypadku gdy placówka, w której przebywa uczestnik w związku z zajęciem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; lub gdy uczestnik, skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 5) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji gdy uczestnik w związku z zajęciem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci lub osób niesamodzielnymi pod opieką osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania uczestnika i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 5 ppkt a i b po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość porozumienia się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez uczestnika pod wskazanym przez uczestnika adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 5 ppkt a lub b, Towarzystwo:
 - c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania uczestnika maksymalnie przez okres pięciu dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.
Świadczenia usług, o których mowa w niniejszym punkcie są realizowane na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
 - 6) opieka nad zwierzętami – w sytuacji, gdy w związku z zajęciem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywa w szpitalu przez co najmniej trzy dni, Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania uczestnika przez okres maksymalnie 5 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Towarzystwo dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt;
 - b) transport osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami domowymi do miejsca zamieszkania uczestnika.
Świadczenie realizowane jest maksymalnie do kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i realizowane jest w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad zwierzętami domowymi oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych;
 - 7) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leczenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu uczestnika do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu uczestnika do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wizyta pielęgniarki – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki;
 - 12) opieka domowa – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej w miejscu pobytu uczestnika, po zakończeniu hospitalizacji, przez okres maksymalnie 5 dni. Opieka domowa obejmuje takie świadczenia jak: podawanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w robieniu porządków oraz pomoc w zakresie higieny osobistej;
 - 13) opieka pielęgniarki w szpitalu – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w placówce medycznej i wymaga całodobowego nadzoru pielęgniarki, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki w placówce medycznej do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana jeśli placówka medyczna, w której przebywa uczestnik wyrazi zgodę na opiekę pielęgniarki;
 - 14) pomoc medyczna za granicą – w razie zajęcia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania uczestnika, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu uczestnika oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 Euro. Uczestnik ma prawo skorzystać ze świadczenia jeden raz w ciągu jednego roku ubezpieczenia. Centrum operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.
4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:
- 1) pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania uczestnika w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:
 - a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia;
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
 - c) porady w razie problemów z laktacją;
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu;
 - e) informacja o zakresie szczepień ochronnych.

5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka uczestnika:
 - 1) opieka nad dziećmi uczestnika w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku – w przypadku potwierdzonej przez lekarza choroby dziecka lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem uczestnika przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy uczestnik nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
 - 2) organizacja pobytu uczestnika bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka – w sytuacji gdy dziecko uczestnika jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 5, Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa. Na prośbę uczestnika Towarzystwo zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 6, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
 - 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
 - 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);
 - 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
 - 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
 - 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
8. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 7, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:
 - 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
 - 8) pielęgnacji noworodka.
9. Informacje, o których mowa w ust. 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.
10. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 8, Towarzystwo gwarantuje rodzicowi uczestnika organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej pięciu dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego;
 - 2) osobisty asystent – zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi uczestnika podczas transportu medycznego do i z placówki medycznej oraz będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w placówce medycznej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego.
11. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 9 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) pomoc psychologa – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14, centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Termin i miejsce wizyty uzgadniane jest z uczestnikiem;
 - 2) pakiet informacyjny – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez uczestnika kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 wysyła do uczestnika zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania życiorysu wraz ze wzorem;
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (dane nt. zakresu, treści oraz sposobu przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu;
 - 3) infolinia pracownicza – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
 - 4) pomoc w poszukiwaniu pracy – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od uczestnika listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy, specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla uczestnika, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę uczestnikowi. Towarzystwo zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a uczestnikiem w zakresie opisanym w ust. 11, przez okres sześciu miesięcy, licząc od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 13 i 14.
12. Warunkiem uzyskania świadczeń ubezpieczeniowych, wymienionych w ust. 11 pkt 1-4, jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z innych przyczyn niż wina pracownika lub wypowiedzenie przez pracownika umowy o pracę.

13. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przestać do centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
 14. W przypadku gdy uczestnik nie wypełni obowiązków określonych w ust. 13 Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
 15. Z wyłączeniem świadczenia wskazanego w ust. 3 pkt 14, wszystkie pozostałe świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 16. Limit na świadczenia, o których mowa w ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11, wynosi łącznie 3000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia.
 17. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz centrum operacyjnego.
- 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez uczestnika czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
 - f) uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
 - g) wyczynowego uprawiania sportu;
 - h) zawodowego uprawiania sportu;
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) poddania się przez uczestnika leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - m) chorób przewlekłych.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-2 ochrona wygasa odpowiednio:

- a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-2 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
 - b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-2 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 d wygasa z upływem sześciu miesięcy od dnia, w którym uczestnik otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę, pod warunkiem zachowania terminów, o których mowa w § 2 ust. 13.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem świadczenia wskazanego w § 2 ust. 3 pkt 14;
 - 2) kosztów poniesionych przez uczestnika bez uprzedniego powiadomienia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Towarzystwa: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, uczestnik jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.
2. Osoba kontaktując a się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer polisy;
 - e) okres ubezpieczenia;
 - f) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - g) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - h) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Uczestnik zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. Centrum operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej uczestnika oraz po wypełnieniu przez uczestnika obowiązków określonych w ustępach powyższych.
5. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń centrum operacyjne będzie niezwłocznie informować uczestnika.
6. W przypadku gdy uczestnik nie wypełni obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
7. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej uczestnik nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11 Towarzystwo może zwrócić uczestnikowi

w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu dwudziestu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 7, rozumie się:
- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 4 – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
 - 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3 – datę wypisu ze szpitala;
 - 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 8, 9 i 10 – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia oraz innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 9 marca 2016 roku, z mocą obowiązującą od dnia 14 marca 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/NPW/2018/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
- 1) **Działalność zarobkowa** – działalność Uczestnika nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
 - 4) **Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku)** – całkowita niezdolność Uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
 - 5) **Wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 6) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne

(zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie sptywy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

- 7) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - c) uprawione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Dodatkowej.
3. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje Towarzystwo taka Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli jednak okres dwunastomiesięcznej niezdolności Uczestnika do pracy rozpoczął się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 3 pkt 2-4, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność Uczestnika do pracy ma charakter trwały i nieodwracalny.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;

- 4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następująca bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu powstania Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
 - 3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.

OBOWIĄZKI

O powstaniu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.

§ 7.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego

okresu niezdolności Uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej.

2. Świadczenie z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie mają charakteru wyłączenie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zaptatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 28 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA „ZAGRANICZNA OPINIA LEKARSKA” NR PGZ/BDR/2019/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2019/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w C/Almagro 36-1, 28010 Madryt, Hiszpania, współpracujący z Towarzystwem w ramach niniejszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) **Biblioteka Video on-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia;
 - 3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem telefonu 800 365 867, prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, przyjmujące zgłoszenia, weryfikujące prawo do Ochrony Ubezpieczeniowej oraz koordynujące realizację świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 4) **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
 - 5) **Ekspert** – lekarz specjalista, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, współpracujący z Best Doctors; wybór lekarza eksperta dla poszczególnych przypadków będzie dokonywany przez Best Doctors z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie;
 - 6) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
 - 7) **Internetowa Platforma Informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej www.askbestdoctors.com/pol, umożliwiająca Uczestnikowi i Osobom Bliskim, po zalogowaniu się przy użyciu indywidualnego hasła, skorzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, od ogólnych faktów po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym dostęp do informacji zawartych w zasobach Biblioteki Video on-line;

- 8) **Mażonek Uczestnika (Mażonek)** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 9) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do zapewnienia Uczestnikowi oraz Osobom Bliskim dostępu do świadczeń Zagranicznej Opinii Lekarskiej oraz dostępu do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors);
 - 10) **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia;
 - 11) **Osoba Bliska** – Mażonek i/ lub Dziecko;
 - 12) **Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – ogólna informacja o stanie zdrowia i/lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez eksperta;
 - 13) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
 - 14) **Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna (InterConsultation)** – sporządzona przez eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
 - 15) **Zagraniczna Opinia Lekarska** – Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna lub Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta;
 - 16) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – objęty odpowiedzialnością Towarzystwa stan chorobowy Uczestnika albo Osoby Bliskiej, o którym mowa w § 2 ust. 2 i 3, uprawniający do otrzymania Zagranicznej Opinii Lekarskiej.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Uczestnika i Osoby Bliskiej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej dotyczącej Uczestnika albo Osoby Bliskiej, jeżeli u którejkolwiek z tych osób, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, postawiono diagnozę lub stwierdzono konieczność wykonania leczenia operacyjnego, związanych z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych bądź uszkodzeń ciała:
 - 1) nowotwór złośliwy;
 - 2) niewydolność nerek;
 - 3) schyłkowa niewydolność wątroby;
 - 4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby;
 - 5) udar mózgu;
 - 6) łagodny nowotwór mózgu;
 - 7) zapalenie mózgu;
 - 8) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
 - 9) porażenie kończyn;
 - 10) paraliż;
 - 11) stwardnienie rozsiane;
 - 12) choroba Alzheimera;
 - 13) choroba Parkinsona;
 - 14) choroby neuronu ruchowego;
 - 15) przeszczep narządu;
 - 16) zawał serca;
 - 17) angioplastyka naczyń wieńcowych;
 - 18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
 - 19) operacja zastawek serca;
 - 20) operacja aorty;
 - 21) bakteryjne zapalenia wsierdza;
 - 22) niedokrwiłość aplastyczna;
 - 23) rozległe oparzenie;
 - 24) utrata kończyn;
 - 25) utrata słuchu;
 - 26) utrata wzroku;
 - 27) utrata mowy;
 - 28) śpiączka;
 - 29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
 - 30) gruźlica;
 - 31) zakażenie wirusem HIV;

- 32) inne, nie wymienione powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Uczestnika albo Osoby Bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta w przypadku wystąpienia u Uczestnika albo Osoby Bliskiej, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2, powyżej, wymagającego leczenia specjalistycznego.
 4. Zakres ubezpieczenia obejmuje także dostęp do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors), przy użyciu której Uczestnik lub Osoba Bliska mogą on-line wypełnić i złożyć wnioski o uruchomienie usługi Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przeglądając przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych Zdarzeń Ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w Bibliotece Video on-line.
 5. Dzień początku i końca okresu dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 2 – 4, jest odpowiednio pierwszym i ostatnim dniem Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej i jest ustalany na zasadach określonych w § 4 ust. 1 – 4.

§ 3.

OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej Uczestnika albo Osoby Bliskiej jest:
 - 1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy;
 - 2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu;
 - 3) zaburzenie psychiczne;
 - 4) problem stomatologiczny.
2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
 - 1) w czasie pobytu Uczestnika albo Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Opinii Lekarskiej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
 - 2) jeżeli stan chorobowy Uczestnika albo Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Towarzystwo i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność Zagranicznych Opinii Lekarskich sporządzanych przez Ekspertów, a także za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Zagranicznych Opiniach Lekarskich oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 4.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Umowy Dodatkowej, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia Umowy Dodatkowej oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten

zawiera się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

3. Przystępująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w przypadku:
 - 1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. W przypadkach wskazanych w ust. 3 Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa odpowiednio:
 - 1) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 3, miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
 - 2) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 3, miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej po upływie stu osiemdziesięciu dni od wznowienia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 5.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w ramach udzielanej Ochrony Ubezpieczeniowej Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do zorganizowania oraz pokrycia kosztów sporządzenia i przetłumaczenia Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przy czym z tytułu zaistnienia jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego Uczestnikowi albo Osobie Bliskiej przysługuje tylko jedno świadczenie, to znaczy osoba ta ma prawo do jednej Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej tego zdarzenia.
2. Warunkiem uzyskania przez osobę, o której mowa w ust. 1 powyżej, Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej jest dostarczenie Best Doctors wszystkich dokumentów wymaganych do spełnienia świadczenia, o których mowa w ust. 5 oraz udzielenie pisemnej zgody na zasięgnięcie i przekazywanie danych medycznych dotyczących Uczestnika albo Osób Bliskich.
3. Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:
 - 1) postawioną przez Eksperta powtórna diagnozę;
 - 2) ocenę dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Eksperta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony.
4. W celu uzyskania Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Uczestnika;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy potwierdzającej zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 5) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie.
5. Po zweryfikowaniu dostępu do świadczeń Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko otrzyma na wskazany przez siebie adres pakiet formularzy, które zobowiązane jest wypełnić celem uzyskania świadczenia, a następnie dostarczyć na własny koszt do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wraz z pełną dokumentacją medyczną, dotyczącą choroby Uczestnika albo Osoby Bliskiej, i dodatkowo, w przypadku, gdy dotyczy to Małżonka albo Dziecka Uczestnika, odpowiednio z odpisem aktu małżeństwa albo odpisem aktu urodzenia Dziecka.
6. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do przetłumaczenia na język kraju pochodzenia Eksperta dokumentacji medycznej dostarczonej przez Uczestnika albo Małżonka albo pełnoletnie Dziecko oraz przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi, a także zapewnienia przetłumaczenia sporządzonej przez Eksperta Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej na język polski przed jej przekazaniem Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku.
7. Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przekazana Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku w sposób z nimi uzgodniony w terminie trzydziestu dni od daty dostar-

czenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5. W przypadku, gdy do sporządzenia Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona w ciągu czterech dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.

8. Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta będzie zawierała ocenę stanu zdrowia Uczestnika albo Osoby Bliskiej oraz – jeśli będzie to możliwe – propozycję sposobu leczenia schorzenia będącego przedmiotem zgłoszonego do Eksperta zapytania.
9. W celu uzyskania Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta, Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać dane, o których mowa w ust. 4 pkt 1 – 5 oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień dotyczących stanu chorobowego osoby, której dotyczy sporządzana informacja.
10. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się przekazać zebrane informacje, po ich przetłumaczeniu, do Eksperta, a następnie przestać Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku przetłumaczony na język polski raport Eksperta. Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta zostanie sporządzona w ciągu 7 dni liczonych od daty zebrania informacji, o których mowa w ust. 9, oraz przesłana we wspomnianym terminie na wskazany przez Uczestnika albo Małżonka albo pełnoletnie Dziecko adres poczty elektronicznej.

§ 6.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 9 stycznia 2019 roku, z mocą obowiązującą od dnia 15 marca 2019 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO NR PGZ/SPC/2019/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;

- 2) **Leczenie Specjalistyczne** – przeprowadzone na rzecz Uczestnika leczenie wymienione i opisane w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć, w odpowiednim przypadku i liczbie - Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest przeprowadzenie na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego, tj. wymienionej poniżej terapii, zabiegu lub operacji chirurgicznej, mające miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej:
 - 1) w wariantcie I:
 - a) wykonanie ablacji;
 - b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
 - d) chemioterapia/radioterapia;
 - e) terapia interferonowa;
 - 2) w wariantcie II:
 - a) wykonanie ablacji;
 - b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
 - d) chemioterapia/radioterapia;
 - e) terapia interferonowa;
 - f) dializoterapia;
 - g) przeszczepienie komórek wysp trzustkowych;
 - h) przeszczepienie komórek przytarczyc;
 - i) przeszczórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca;
 - j) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
 - k) przeszczep rogówki.
 - 3) w wariantcie III:
 - a) wykonanie ablacji;
 - b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
 - d) chemioterapia/radioterapia;
 - e) terapia interferonowa;
 - f) dializoterapia;
 - g) przeszczepienie komórek wysp trzustkowych;
 - h) przeszczepienie komórek przytarczyc;
 - i) przeszczórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca;
 - j) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
 - k) przeszczep rogówki;
 - l) tlenoterapia w warunkach domowych;
 - m) żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych;
 - n) leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej.
2. Dniem przeprowadzenia na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego jest:
 - 1) dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej – w przypadkach wskazanych w ust. 1 pkt 1 ppkt a) – c), w ust. 1 pkt 2 ppkt a) – c), w ust. 1 pkt 2 ppkt g) – k), w ust. 1 pkt 3 ppkt a)-c) oraz w ust. 1 pkt 3 ppkt g)-k);
 - 2) dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny – w przypadkach wskazanych w ust. 1 pkt 1 ppkt d) – e), w ust. 1 pkt 2 ppkt d) – f), w ust. 1 pkt 3 ppkt d)-f) oraz w ust. 1 pkt 3 ppkt l)-n).
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa, w przypadku przeprowadzenia na rzecz

Uczestnika Leczenia Specjalistycznego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego.

4. W okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli Leczenie Specjalistyczne jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadków zmian wariantów umowy wymienionych w ust. 1. Postanowienie zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Leczenie Specjalistyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających przeprowadzenie takiego leczenia, miało miejsce przeprowadzenie takiego samego postępowania medycznego i Towarzystwo poniosło za nie odpowiedzialność wynikającą z którejkolwiek Umowy Dodatkowej zawartej na postawie niniejszych OWU.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
 - 4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. Przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni od dnia ponownego przyznania Ochrony ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku następstw Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4. OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli konieczność przeprowadzenia takiego leczenia powstanie:

- 1) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowanie popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;
- 2) jako skutek schorzeń rozpoznanych lub leczonych u Uczestnika w okresie pięciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, do której przystępuje po raz pierwszy.

§ 5. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo

- pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
 3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6. OBOWIĄZKI

O przeprowadzeniu na rzecz Uczestnika leczenia specjalistycznego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego nie mają charakteru wyłączenie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Uczestnika Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 9 stycznia 2019 roku z mocą obowiązującą od dnia 15 marca 2019 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW OGÓLNYCH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO NR PGZ/SPC/2019/1

Ilekoć w niniejszym załączniku, Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Leczenia Specjalistycznego, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **ablacja** – zabieg kardiologiczny wykonywany w pracowni elektrofizjologii polegający na zniszczeniu, najczęściej energią termiczną, obszaru serca będącego źródłem arytmii;
- 2) **chemioterapia lub radioterapia** – metoda ogólnoustrojowego leczenia najczęściej nowotworów za pomocą leków cytostatycznych, podawanych drogą pozajelitową i/lub za pomocą promieniowania jonizującego;
- 3) **dializoterapia** – leczenie za pomocą dializy, podtrzymujące życie pacjentów z krańcową niewydolnością nerek;
- 4) **leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej** – zleczone przez lekarza podawanie insuliny metodą ciągłego podskórnego wlewu dające możliwości najlepszego naśladowania fizjologicznego rytmu jej wydzielania. Metoda umożliwia precyzyjne regulowanie ilości dostarczanej insuliny podczas posiłku, wysiłku fizycznego czy zmieniającego

- się rytmu dnia stanowiąc tym samym dobre rozwiązanie u osób z dużymi wahaniami poziomu cukru;
- 5) **mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami** – metoda leczenia sercowopochodnej niewydolności krążenia polegająca na mechanicznym wspomoczeniu pracy serca;
 - 6) **przeszczepienie komórek przytarczyc** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy komórek przytarczyc i wszczępieniu ich osobie chorej na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu;
 - 7) **przeszczepienie komórek wysp trzustkowych** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczępieniu ich osobie chorej na cukrzycę;
 - 8) **przeszczep rogówki** – okulistyczny zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy;
 - 9) **przeskórne wszczepianie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca** – zabieg stosowany w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki, polegający na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiologicznej wymagającej otwarcia klatki piersiowej;
 - 10) **terapia interferonowa** – metoda leczenia różnych schorzeń, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu C, polegająca na podawaniu drogą pozajelitową interferonu;
 - 11) **tlenoterapia w warunkach domowych** – zlecona przez lekarza metoda leczenia znana również jako DLT (domowe leczenie tlenem) – nowoczesny sposób leczenia osób cierpiących z powodu zdiagnozowanej niewydolności oddechowej na skutek przewlekłych chorób płuc, w tym między innymi choroby obturacyjnej płuc polegający na dostarczeniu do organizmu w krótkim czasie oraz bez wysiłku dodatkowej porcji tlenu, w celu redukcji duszności oraz poprawy ogólnego samopoczucia. Tlenoterapia jest przeprowadzana przy użyciu koncentratora tlenu;
 - 12) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do przerywania groźnej dla życia arytmii i przywróceniu rytmu zatokowego serca;
 - 13) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca)** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do elektrycznego pobudzania rytmu serca;
 - 14) **żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych** – podawanie białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, przy użyciu diet innych niż naturalne, w sposób inny niż doustnie (przez specjalne cewniki żyłne, albo poprzez wytworzenie przetoki i założenie sztucznego dostępu), wykonywane w domu chorego wraz z kompleksową opieką nad chorym wynikającą z choroby podstawowej i prowadzonego leczenia.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY „RAKASSISTANCE” NR PGZ/PNZ/2019/1

Niniejsze Warunki Ogólne stosuje się wyłącznie do Umów Ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekoć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Cykl Chemioterapii lub Radioterapii** – przeprowadzany podczas Hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym, okres podawania leku lub stosowania napromieniowania spowalniającego proces nowotworowy, stanowiący podstawowy element programu leczenia Nowotworu Złośliwego, w ramach którego to programowi następuje osobnicze dopasowanie do potrzeb chorego rodzaju leków cytostatycznych/sposobu napromieniowania, drogi podania leków, rodzaju napromieniowania, ich dawek, liczby Cykli oraz długości przerwy pomiędzy kolejnymi Cyklami;
 - 2) **Diagnoza** – rozpoznanie Nowotworu Złośliwego dokonane i potwierdzone przez lekarza specjalistę, na podstawie wyniku badania histo-

- patologicznego. Za dzień postawienia Diagnozy przyjmuje się dzień wyniku tego badania;
- 3) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
 - 4) **Hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt Uczestnika w Szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Uczestnik przebywał w Szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem Hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze Szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja;
 - 5) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
 - a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
 - b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
 - c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (ból brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
 - 6) **Nowotwór Złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe - w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych - do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina); rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
 - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
 - 7) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Uczestnika. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowskiego, w tym w szczególności szpital uzdrowski lub szpital uzdrowsko-rehabilitacyjny;
 - 8) **Świadczenie Dopelniające** – świadczenie wypłacane w przypadku przeciągającego się złego stanu zdrowia spowodowanego Nowotworem Złośliwym którego dotyczy Diagnoza, uniemożliwiającego dalszą pracę i skutkującego rozwiązaniem umowy o pracę, wyrejestrowaniem działalności gospodarczej lub uzyskaniem decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 9) **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – świadczenie wypłacane w przypadku Diagnozy Nowotworu Złośliwego;
 - 10) **Świadczenie Uzupelniające** – świadczenie wypłacane w przypadku zajęcia w trakcie procesu leczenia Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza, okoliczności wskazanych w Tabeli 1.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
 3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.
- ## § 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA
1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym jest zdiagnozowanie u Uczestnika Nowotworu Złośliwego (Diagnoza). Diagnoza musi być postawiona w okresie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej.
 2. Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do:
 - 1) zapłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w przypadku Diagnozy, w wysokości wskazanej w tabeli 1. poz. 1;
 - 2) zapłaty Świadczeń Uzupelniających w przypadkach i wysokościach wskazanych w tabeli 1. poz. 2-8;
 - 3) zapłaty Świadczenia Dopelniającego w przypadku wskazanym w tabeli 1. poz. 9.
 3. Wypłata Świadczenia Dopelniającego powoduje wygaśnięcie Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej.
- ## § 3. OKRES UBEZPIECZENIA
1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
 2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, to przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
 3. Świadczenia, o których mowa w § 2 ust. 2, w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rosną wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu („progresja”) i wynoszą: 10% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 2 od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 2 od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 2 od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 2. Postanowieniami zdaniami pierwszymi nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
 4. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
 - 4) wypłaty Świadczenia Dopelniającego.
 5. Towarzystwo ponownie przynajmniej Uczestnikowi, wygastą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia wznowienia oferowanej Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. Przy wypłacie świadczeń należnych z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych po dniu wznowienia Ochrony Ubezpieczeniowej, brane są pod uwagę wypłaty dokonane przed wygaśnięciem Ochrony Ubezpieczeniowej.
- ## § 4. OGRODNICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI
1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane Nieprawidłowościami Zdrowotnymi.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nowotwór Złośliwy wystąpi u Uczestnika w związku z nieprzebrnięciem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mającym potwierdzenie w dokumentacji medycznej;

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.

OBYWIAZKI

O postawieniu Diagnozy Nowotworu Złośliwego u Uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Diagnozy Uczestnik otrzymuje Świadczenie Ubezpieczeniowe.
2. W toku leczenia Nowotworu Złośliwego Uczestnik otrzymuje Świadczenie Uzupelniające w następujących przypadkach:
 - 1) po odbyciu leczenia szpitalnego podczas którego prowadzono farmakologiczne leczenie Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza;
 - 2) po odbyciu leczenia szpitalnego podczas którego prowadzono operacyjne leczenie Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza;
 - 3) po uzyskaniu lekarskiego skierowania na Chemio- lub Radioterapię w związku z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza;
 - 4) po poniesieniu kosztu zakupu peruki w związku z utratą włosów po Chemio- lub Radioterapii;
 - 5) po uzyskaniu lekarskiego skierowania do hospicjum stacjonarnego lub domowego związanego z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza;
 - 6) po przeżyciu pięciu lat od dnia Diagnozy przy trwającej Ochronie Ubezpieczeniowej.
3. W przypadku przeciągającego się złego stanu zdrowia spowodowanego Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza, uniemożliwiającego dalszą pracę i skutkującego rozwiązaniem umowy o pracę, wyrejestrowaniem działalności gospodarczej lub uzyskaniem decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej, Uczestnik otrzymuje Świadczenie Dopełniające.
4. Świadczenia Uzupelniające i Świadczenie Dopełniające są należne pod warunkiem wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego.
5. Z zastrzeżeniem postanowień §3 ust. 3, wyrażoną w % Sumy Ubezpieczenia wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego, Świadczeń Uzupelniających oraz Świadczenia Dopełniającego zawiera Tabela 1.

Tabela 1.

Lp.	Zdarzenie Ubezpieczeniowe oraz okoliczności warunkujące wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego, Świadczeń Uzupelniających i Świadczenia Dopełniającego	Wysokość świadczeń w % Sumy Ubezpieczenia
Świadczenie Ubezpieczeniowe		
1.	Zdiagnozowanie Nowotworu Złośliwego na podstawie wyniku badania histopatologicznego (Diagnoza)	15% SU

Świadczenia Uzupelniające		
2.	Hospitalizacja związana z zachowawczym leczeniem Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza (nie obejmuje Chemio- i Radioterapii)	5% SU*)
3.	Hospitalizacja związana z operacyjnym leczeniem Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	10% SU*)
4.	Skierowanie na Cykl Chemioterapii związanej z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza	3% SU*) za cykl, nie więcej niż za 3 cykle
5.	Skierowanie na Cykl Radioterapii związanej z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza	3% SU*) za cykl, nie więcej niż za 3 cykle
6.	Zakup peruki związany z utratą włosów w przebiegu leczenia Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	6% SU*), nie więcej niż 5 000 zł
7.	Zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie przeniesienie Uczestnika do hospicjum albo wdrożenia hospicyjnej opieki w domu, jeśli następuje najpóźniej w okresie 6 miesięcy po rozwiązaniu stosunku pracy w związku ze złym stanem zdrowia Uczestnika spowodowanym Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza	20% SU*)
8.	Przeżycie 5-letniego okresu od daty postawienia Diagnozy, przy trwającej nadal Ochronie Ubezpieczeniowej	20 % SU*)
Świadczenie Dopełniające		
9.	Przeciągający się zły stan zdrowia spowodowany Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza, uniemożliwiający dalszą pracę i skutkujący rozwiązaniem umowy o pracę, wyrejestrowaniem działalności gospodarczej lub uzyskaniem decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej	N% SU**) gdzie N to większa z wartości: <ul style="list-style-type: none"> • 60% albo • 100% pomniejszone o wyrażoną procentem Sumy Ubezpieczenia sumę wcześniej wypłaconych Świadczeń Uzupelniających

*) Suma Ubezpieczenia obowiązująca w dniu Diagnozy

**) Suma Ubezpieczenia obowiązująca w dniu rozwiązania stosunku pracy, wyrejestrowania działalności gospodarczej lub uzyskania decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej

6. Podstawą naliczania Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz Świadczenia Uzupelniającego jest Suma Ubezpieczenia obowiązująca w dniu Diagnozy.
7. Podstawą naliczania Świadczenia Dopełniającego jest Suma Ubezpieczenia obowiązująca w dniu rozwiązania stosunku pracy, wyrejestrowania działalności gospodarczej lub uzyskania decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej.
8. Dokumentację potwierdzającą wystąpienie okoliczności upoważniających do uzyskania Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz Świadczeń Uzupelniających stanowią:
 - 1) wynik badania histopatologicznego potwierdzony przez lekarza specjalistę;
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Uczestnika w szpitalu;
 - 4) skierowanie na Cykl Chemio- lub Radioterapii, wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie;
 - 5) imienny rachunek potwierdzający zakup peruki;
 - 6) zaświadczenie o wyczerpaniu zasiłku chorobowego i rozwiązaniu umowy o pracę (przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub rentowego), zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej, w związku z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza lub decyzja właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej.
9. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej wypłacane jest Uczestnikowi. W przypadku Hospitalizacji, Cyklu Chemio- lub Radioterapii świadczenie jest wypłacane po zakończeniu odpowiednich postępowań medycznych.
10. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłączeniowego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczest-

nika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 9 stycznia 2019 roku z mocą obowiązującą od dnia 15 marca 2019 roku.

SPIS TREŚCI

Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie Zespół nr PGZ/2018/1	1
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/SNK/2018/1	8
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TIN/2018/1.....	9
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/TUZ/2018/1	11
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Szpitalnego nr PGZ/LSU/2019/1	13
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2018/1	16
Wykaz nr 1/2018.....	19
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Poważnego Zachorowania nr PGZ/PZK/2019/1	31
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	39
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka powstania Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGZ/NPW/2018/1	40
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska” nr PGZ/BDR/2019/1.	45
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Specjalistycznego nr PGZ/SPC/2019/1	47
Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGZ/PNZ/2019/1.....	49

