

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET MY (PMY/T/2/2016)

§ 1. DEFINICJE

Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych 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, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym polisa, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo; dokument ubezpieczenia może być sporządzony w formie elektronicznej;
- 3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 4) **miesięcznica ubezpieczenia** – dni oznaczone taką samą datą dzienną co pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, przypadające w następnych miesiącach kalendarzowych; jeśli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesięcznica ubezpieczenia przypada w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 6) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, która rozpoczęła się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała – zaistniałych także w czasie ochrony ubezpieczeniowej – i która trwa w czasie ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez 12 (dwanaście) miesięcy, a po zakończeniu tego okresu trwa i nieodwracalny;
- 7) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 9) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w OWU, które wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
- 10) **rok ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest 29 lutego, wtedy drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego; ostatni rok ubezpieczenia upływa z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
- 11) **śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 12) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 13) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której jest zawierana umowa ubezpieczenia;
- 15) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU;
- 16) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w razie śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 17) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w razie śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
- 18) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 19) **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;
- 20) **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 spływy 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;
- 21) **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;
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność ubezpieczonego do pracy lub poważne zachorowanie ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych w niej przewidzianych.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące ubezpieczonego:
 - 1) śmierć,
 - 2) śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) niezdolność do pracy,
 - 4) poważne zachorowanie.

§ 3.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas oznaczony 15 (piętnastu) lat.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli ubezpieczony w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego ma nie mniej niż 18 (osiemnaście) lat i nie więcej niż 40 (czterdzieści) lat.

3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na podstawie wniosku elektronicznego wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczającym. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy, dokonuje jego rejestracji poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
4. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty, przy czym w przypadku polisy sporządzonej w formie elektronicznej dniem doręczenia polisy jest dzień jej dostarczenia na wskazany przez ubezpieczającego adres poczty elektronicznej. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia oraz pisemnie upoważnić Towarzystwo do zasięgania w innych podmiotach informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i ustaleniem prawa do świadczenia.
6. Towarzystwo dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie danych dotyczących ubezpieczonego, podanych do wiadomości Towarzystwa przed złożeniem wniosku ubezpieczeniowego przez ubezpieczającego. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem dodatkowych warunków określonych we wniosku ubezpieczeniowym albo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
7. Postanowienia ust. 6 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia OWU lub treść formularza wniosku ubezpieczeniowego, albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w OWU.
8. Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie ubezpieczony jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie: ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet TY, ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA lub ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY.
7. Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacana na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo albo w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
8. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa. W razie wpłaty składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, dniem zapłaty składki jest dzień uznania rachunku tą wpłatą.
9. W razie nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy 7 (siedmio) dniowy termin na jej zapłacenie, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli zaległa składka nie zostanie opłacona w tym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem tego terminu, o czym ubezpieczający jest informowany w wezwaniu Towarzystwa do zapłaty zaległej składki.
10. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej na miesięczną albo roczną.

§ 6.

ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, obowiązująca w pierwszym roku ubezpieczenia, jest wskazana w polisie oraz w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU.
2. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, obowiązująca w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia, jest wskazana w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU, przy czym wysokość tych świadczeń zależy od roku ubezpieczenia.

§ 7.

ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI ORAZ ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość tego świadczenia jest równa sumie ubezpieczenia na życie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość tego świadczenia jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Wypłata świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 następuje niezależnie.
4. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 nie zostaną wypłacone w razie samobójstwa ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 8.

ŚWIADCZENIE W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności do pracy polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy.
3. W ramach umowy ubezpieczenia może zostać wypłacone tylko jedno świadczenie w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy.

§ 9.

ŚWIADCZENIE W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, o ile jest to pierwsza w ramach umowy ubezpieczenia wypłata przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, o ile jest to druga albo kolejna w ramach umowy ubezpieczenia wypłata przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

§ 4. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w polisie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach zawartej umowy ubezpieczenia przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wieku ubezpieczonego w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego, częstotliwości opłacania składki oraz roku ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wybrać miesięczną albo roczną częstotliwość opłacania składki.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązująca w pierwszym roku ubezpieczenia jest wskazana w polisie oraz w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązująca w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia jest wskazana w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU, przy czym wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od roku ubezpieczenia.
5. Procentowy podział składki ubezpieczeniowej pomiędzy poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe, przysługujące tytułem objęcia przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w razie wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych w umowie ubezpieczenia, jest wskazany w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę ubezpieczeniową należną w danym roku ubezpieczenia w wysokości wskazanej w Tabeli Świadczeń i Składek, stanowiącej załącznik do OWU. Składkę ubezpieczeniową wskazaną powyżej ubezpieczający jest zobowiązany opłacać w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest należne, o ile poważne zachorowanie wystąpiło w innym roku ubezpieczenia niż poważne zachorowania, tytułem których zostały wcześniej wypłacone świadczenia ubezpieczeniowe w ramach umowy ubezpieczenia.
5. Tytułem każdego poważnego zachorowania wskazanego w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, może zostać wypłacone tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie wystąpiło w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem poważnych zachorowań będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli ubezpieczony zmarł w terminie 30 (trzydziestu) dni od wystąpienia tego poważnego zachorowania.

§ 10.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi na skutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek,
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w akcie terroryzmu,
 - 3) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z wyjątkiem świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego nie są należne, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe lub nieszczęśliwy wypadek lub następstwa tego wypadku miały miejsce:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub na skutek nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - 2) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich lub w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego lub na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV,
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - 5) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego lub w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
 - 6) w związku z działalnością zarobkową ubezpieczonego wykonywaną w ramach któregośkolwiek z następujących zawodów lub zajęć: prace na wysokości od 15 m (piętnaście metrów) wzwyż, prace fizyczne w budownictwie, przemyśle stoczniowym lub rybołówstwie, zatrudnienie w górnictwie węglowym, naftowym lub gazownictwie, żołnierz zawodowy, funkcjonariusz służb mundurowych, marynarz (żegluga transoceaniczna, morska lub śródlądowa), nurek – o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej,
 - 7) w związku z członkostwem ubezpieczonego w Ochotniczej Straży Pożarnej, Górskim Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym, Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym, Tatrzańskim Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym lub Wodnym Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym – o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy nie jest należne, jeżeli niezdolność ubezpieczonego do pracy miała miejsce w związku z działalnością zarobkową ubezpieczonego wykonywaną w ramach któregośkolwiek z następujących zawodów lub zajęć: prace fizyczne w rolnictwie, sadownictwie, ogrodnictwie, leśnictwie, hutnictwie, w miejscach skupu surowców wtórnych lub przy załadunku lub rozładunku materiałów, prace przy montażu lub konserwacji sieci wodno-kanalizacyjnych, gazowych lub elektrycznych, prace przy wytwarzaniu materiałów

wybuchowych lub toksycznych, prace przy ochronie osób lub mienia, prace w lakiernictwie, kierowca pojazdów ciężarowych lub specjalnych, operator pras, suwnic, tokarek, obrabiarek, wtryskarek lub maszyn budowlanych, ślusarz konstrukcji stalowych, spawacz, szlifierz, stolarz, rzeźnik – o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej.

4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań nie zostanie wypłacone, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano:
 - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu,
 - 2) chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
 - 3) chorobę niedokrwinną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).

§ 11.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
2. Towarzystwo nie ponosi w całym okresie ubezpieczenia odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, z zastrzeżeniem ust. 3. 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 ubezpieczonego nastąpi po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, wtedy Towarzystwo rozpatrując wniosek z rozszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego nie może argumentować, że przy zawarciu umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe.

§ 12.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, uwzględnia wysokość sumy ubezpieczenia na życie obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględnia wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
3. Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy, uwzględnia wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy obowiązującą w ostatnim dniu 12 (dwunastego) miesiąca trwania niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli w okresie, o którym mowa powyżej, umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek upływu okresu ubezpieczenia, wtedy świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy jest równe sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy obowiązującej w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia.
4. Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego uwzględnia wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego, przy czym dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest:
 - 1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: operacja aorty, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, operacja zastawek serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), usunięcie płuca (pneumonektomia),
 - 2) dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli ubezpieczony 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 – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwór złośliwy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: amputacja kończyn, rozległe oparzenie, toczeń trzewny układowy (SLE), udar mózgu, zakażenie wirusem HIV/

- zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, zawał serca,
- 5) ostatni dzień 6 (sześć) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy,
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku gruźlicy,
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy) lub tęcza,
 - 8) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie poważnego zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach pozostałych poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, a nie wymienionych w pkt 1-7 powyżej.
5. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.

§ 13. UPOSAŻENI

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, albo suma ich udziałów nie jest równa 100 proc. (sto procent), uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych, ani uposażonych zastępczych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 14. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
3. Dokumentem potwierdzającym śmierć ubezpieczonego jest:
 - 1) skrócony odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego,
 - 2) kopia karty zgonu, postanowienia prokuratora lub dokumentacja medyczna zawierająca informację o przyczynie zgonu,
 - 3) dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło zdarzenie, jeżeli zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Dokumentami potwierdzającymi niezdolność ubezpieczonego do pracy są zwolnienia lekarskie ubezpieczonego, dokumenty zawierające odpowiednie decyzje organów rentowych dotyczące ubezpieczonego, a ponadto dokumentacja medyczna: historia choroby ubezpieczonego, karty leczenia szpitalnego ubezpieczonego oraz wyniki badań medycznych ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7.
5. Dokumentami potwierdzającymi poważne zachorowanie ubezpieczonego są historia choroby ubezpieczonego, karty leczenia szpitalnego ubezpieczonego oraz wyniki badań medycznych ubezpieczonego, o których mowa w definicji tego poważnego zachorowania, wskazanej w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w razie zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, następuje po złożeniu przez uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego, dokumentów potwierdzających

wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, którymi są dokumentacja medyczna ubezpieczonego oraz dokumenty zawierające odpowiednie decyzje właściwych organów prowadzących postępowanie w sprawie okoliczności nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 7.

7. Towarzystwo może wymagać innych niż wskazane w ust. 3-6 dokumentów oraz informacji niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia oraz wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego oraz świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku są wypłacane uposażonym w częściach określonych procentowo przez ubezpieczonego. Świadczenia ubezpieczeniowe przysługujące z umowy ubezpieczenia, inne niż wskazane w zdaniu poprzednim, są wypłacane ubezpieczonemu.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
10. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
11. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 10, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
12. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 15. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca mu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ustalenie i zwrot kwoty wskazanej w ust. 2 następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 9 stosuje się odpowiednio.

§ 16. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z najbliższą miesięcznicą ubezpieczenia następującą po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) zgodnie z § 5 ust. 9 w razie nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej,
 - 3) z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 4) z chwilą śmierci ubezpieczonego.
2. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego Towarzystwo zwraca mu część wpłaconej składki ubezpieczeniowej, proporcjonalnie za czas niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Ustalenie i zwrot kwoty, o której mowa w zdaniu poprzednim, następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 9 stosuje się odpowiednio.

§ 17. REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego 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 wysłanie 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, ubezpieczonym lub 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.
11. Konsument ma prawo zwrócenia 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 i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 18.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 19.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Ubezpieczony może też

wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.

3. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany,
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
4. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest ubezpieczony, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w §14 ust.11-12 dotyczą także ubezpieczonego.

§ 20.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych i zwolnień podatkowych w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ich kolejne nowelizacje.

§ 21.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
2. Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w OWU lub o ile strony nie umówią się inaczej, wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Oświadczenie, powiadomienie lub wniosek, o których mowa powyżej, powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, a także dane umożliwiające identyfikację ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia oraz realizację ich dyspozycji. W przypadku braku takich danych, Towarzystwo poinformuje osobę składającą dyspozycję o niekompletności lub niepoprawności tej dyspozycji, zaś składająca ją osoba w celu realizacji oświadczenia, powiadomienia lub wniosku, o których mowa powyżej, jest zobowiązana do jej uzupełnienia w zakresie wskazanym powyżej i z chwilą otrzymania przez Towarzystwo takiej uzupełnionej dyspozycji rozpoczyna się bieg terminu na jej realizację.
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. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
4. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
6. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 22.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część są:

- 1) Tabela Świadczeń i Składek,
- 2) Tabela Poważnych Zachorowań.
- 3) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA ŚWIADCZEŃ I SKŁADEK

rok ubezpieczenia	ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE				SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE			
	suma ubezpieczenia na życie	suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	suma ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy	suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania	wiek ubezpieczonego: 18-30 lat		wiek ubezpieczonego: 31-40 lat	
					składka miesięczna	składka roczna	składka miesięczna	składka roczna
1	100 000 zł	200 000 zł	100 000 zł	50 000 zł	119,00 zł	1 368,00 zł	159,00 zł	1 828,00 zł
2	104 000 zł	208 000 zł	104 000 zł	52 000 zł	123,76 zł	1 422,72 zł	165,36 zł	1 901,12 zł
3	108 160 zł	216 320 zł	108 160 zł	54 080 zł	128,71 zł	1 479,63 zł	171,97 zł	1 977,16 zł
4	112 486 zł	224 973 zł	112 486 zł	56 243 zł	133,86 zł	1 538,82 zł	178,85 zł	2 056,25 zł
5	116 985 zł	233 972 zł	116 985 zł	58 493 zł	139,21 zł	1 600,37 zł	186,00 zł	2 138,50 zł
6	121 664 zł	243 331 zł	121 664 zł	60 833 zł	144,78 zł	1 664,38 zł	193,44 zł	2 224,04 zł
7	126 531 zł	253 064 zł	126 531 zł	63 266 zł	150,57 zł	1 730,96 zł	201,18 zł	2 313,00 zł
8	131 592 zł	263 187 zł	131 592 zł	65 797 zł	156,59 zł	1 800,20 zł	209,23 zł	2 405,52 zł
9	136 856 zł	273 714 zł	136 856 zł	68 429 zł	162,85 zł	1 872,21 zł	217,60 zł	2 501,74 zł
10	142 330 zł	284 663 zł	142 330 zł	71 166 zł	169,36 zł	1 947,10 zł	226,30 zł	2 601,81 zł
11	148 023 zł	296 050 zł	148 023 zł	74 013 zł	176,13 zł	2 024,98 zł	235,35 zł	2 705,88 zł
12	153 944 zł	307 892 zł	153 944 zł	76 974 zł	183,18 zł	2 105,98 zł	244,76 zł	2 814,12 zł
13	160 102 zł	320 208 zł	160 102 zł	80 053 zł	190,51 zł	2 190,22 zł	254,55 zł	2 926,68 zł
14	166 506 zł	333 016 zł	166 506 zł	83 255 zł	198,13 zł	2 277,83 zł	264,73 zł	3 043,75 zł
15	173 166 zł	346 337 zł	173 166 zł	86 585 zł	206,06 zł	2 368,94 zł	275,32 zł	3 165,50 zł
wiek ubezpieczonego	PROCENTOWY PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ pomiędzy poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe (nazwy kolumn jak wyżej)							
18-30 lat	56,51%	25,71%	4,54%	13,24%				
31-40 lat	67,44%	19,25%	3,40%	9,91%				

ZAŁĄCZNIK NR 2 – TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

- 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;
- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – 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 ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
- choroba Alzheimera** – 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, AIDS lub nadużywania alkoholu oraz narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- choroba Creutzfeldta-Jacoba** – 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⁾;
- choroba Leśniowskiego-Crohna** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca w trakcie leczenia wykonania częściowej resekcji jelita cienkiego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
- choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – 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;
- choroba Parkinsona** – 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 leków lub alkoholu nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 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 narządów i układów spośród takich jak: 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;
9. **dystrofia mięśniowa** – 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 wymienionych struktur pozapalnych: płucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwpłatkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe. Nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
 10. **gruźlica** – 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 pozapalnych: płucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwpłatkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe. Nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
 11. **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego 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;
 12. **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc. (dwadzieścia pięć procent), 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 retykulocytów poniżej 20 000/mm³.
 Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 13. **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitą, nieodwracalną i nie rokującą poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – z towarzyszącymi bezwzględными wskazaniem do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 14. **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – 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 potwierdzone na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. 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 Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification),
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - 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;
 15. **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 przeszskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 16. **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;
 17. **operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna wymagająca wykonania 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;
 18. **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 przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
 19. **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie 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. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony zwężenia tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 20. **porażenie kończyn** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca 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;
 21. **postępująca 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:
 - a) zlokalizowane postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
 - b) eozynofilowe zapalenia powięzi,
 - c) zespół CREST;

22. **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;
23. **pourazowe uszkodzenie mózgu** – 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 egzystencji¹⁾, 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 nie będące 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 ubezpieczonego;
24. **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – ubezpieczonemu 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;
25. **rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. (dwadzieścia procent) powierzchni ciała, rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
26. **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 wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 1 (jednego) miesiąca,
 - konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mm Hg ($pO_2 < 55$ mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej;
27. **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczka,
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - encefalopatia wrotna,
 - żyłaki przełyku.
- Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
28. **stwardnienie rozsiane** – 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 rozpoznanie postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
29. **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nie rokującego możliwości poprawy. Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
30. **teżec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę teżca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwteżcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek teżca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny teżcowej w surowicy krwi;
31. **toczeń trzewny 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;
32. **udar mózgu** – 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:
- nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
 - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
 - 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 stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
33. **usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia 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;
34. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krani lub uszkodzeniem ośrodkowej 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;

35. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – 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;
36. **utrata wzroku** – całkowita, trwała 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;
37. **wirusowe zapalenie mózgu** – 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;
38. **wrzdziejące zapalenie jelita grubego** – 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 – wymagająca całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
39. **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 anti-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 zawarciu pierwszej umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie dodatkowej o niniejsze poważne zachorowanie,
 - serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
 - krw/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,
 - ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii.
- 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;
40. **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 postaci ostrego 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 (sześć) 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 prysznica) 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.

Załącznik nr 3

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pakiet MY

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 (str. 1) § 7 ust. 1-2 (str. 2) § 8 ust. 1 (str. 2) § 9 ust. 1 (str. 2)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 7 ust. 4 (str. 2) § 8 ust. 3 (str. 2) § 9 ust. 2-7 (str. 2) § 10 (str. 3) § 11 ust. 2 (str. 3)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 7 ust. 4 (str. 2) § 8 ust. 3 (str. 2) § 9 ust. 2-7 (str. 2) § 10 (str. 3) § 11 ust. 2 (str. 3)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 5 ust. 1-6 (str. 2)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl