

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania
(PZ/J/3/2018)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3-6 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-2



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
(PZ/J/3/2018)**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie:

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

**§ 1.
DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie 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) **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) **dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie: Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;

- 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) **główna umowa ubezpieczenia (umowa główna)** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 6) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, które wystąpiły:
 - a) w czasie ochrony ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż po upływie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego
 - albo
 - b) w czasie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, o ile poważne zachorowanie było następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony;
- 7) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzonej taką samą datą dzienną i miesiącem kalendarzowym, co dzień rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, a jeżeli dniem rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia był dzień 29 lutego, to wtedy ostatni dzień tego miesiąca;
- 8) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
- 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, 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 i 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;
 - 12) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – poważne zachorowanie ubezpieczonego.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym, są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie wystąpienia poważnego zachorowania, o ile ubezpieczony przeżył co najmniej 30 (trzydzieści) dni licząc od dnia wystąpienia tego poważnego zachorowania. Zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia wskazanego w zdaniu poprzednim dotyczy również przypadku, gdy ubezpieczony zmarł w tym 30-dniowym okresie w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wystąpienia tego poważnego zachorowania.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 2, polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania niebędącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2 pkt 2.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym nie zostanie wypłacone, jeżeli w okresie 12 (dwunastu) miesięcy poprzedzających jego wystąpienie u ubezpieczonego wystąpił inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania będącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym nie zostanie wypłacone, jeżeli jest to nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym tego samego pochodzenia tkankowego lub narządowego lub o tym samym umiejscowieniu, co inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia. Nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym o tym samym umiejscowieniu jest nowotwór złośliwy

w stadium przedinwazyjnym, który dotyczy tego samego narządu lub organu lub który dotyczy drugiego takiego samego narządu lub organu w przypadku narządów położonych symetrycznie.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie wystąpiło w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia i jednocześnie umowy ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej umowy u ubezpieczonego zdiagnozowano:
 - a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
 - b) chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
 - c) chorobę niedokrwinną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),przy czym powyższe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie dotyczącym nadciśnienia tętniczego krwi może zostać zniesione po przedstawieniu – przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia – kompletnej dokumentacji medycznej z leczenia u ubezpieczonego nadciśnienia tętniczego krwi.

§ 3.

OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego 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); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużyciem przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony 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 ubezpieczonego 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 ubezpieczonego w zagranych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji

skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:

1) zaproponuje ubezpieczającemu zmianę wysokości regularnej składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo

albo

2) zdecyduje, iż w ofertach zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego

albo

3) zdecyduje o zaprzestaniu składania ubezpieczającemu ofert zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być osoby ubezpieczone w ramach umowy głównej.

2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.

1) Ubezpieczający składa ofertę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.

2) Częścią integralną oferty ubezpieczającego zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest propozycja zmiany głównej umowy ubezpieczenia zgodnie z aneksem zamieszczonym w formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Do zmiany głównej umowy ubezpieczenia dochodzi z chwilą zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodnie z pkt 5 i 6.

3) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.

4) Przed zawarciem dodatkowej 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.

5) Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.

6) W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu – wraz z dokumentem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 – informacji o postanowieniach dodatkowej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

7) Postanowienia ust. 6 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń/upoważnień/deklaracji, zawiera zapisy zmieniające treść formularza wniosku ubezpieczeniowego lub postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub w inny sposób nie spełnia wymagań w nich określonych.

3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:

1) Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat.

2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.

3) Towarzystwo nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Składki.

4) Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający zgłosi sprzeciw przynajmniej 14 (czternaście) dni przed rozpoczęciem tego okresu ubezpieczenia. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.

2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego odpowiednio: pierwszą albo drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby okres ubezpieczenia był dłuższy niż 6 (sześć) miesięcy i jednocześnie nie dłuższy niż 18 (osiemnaście) miesięcy.

3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku począwszy od dnia następnego po zakończeniu poprzedniej umowy dodatkowej, aż do dnia poprzedzającego odpowiednią następną rocznicę umowy głównej.

4. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania niebędącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym wynosi 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem § 2 ust. 3.

2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania będącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym wynosi 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem § 2 ust. 4 i 5.

3. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.

4. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania wraz z wysokością składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej ustaloną zgodnie z § 7 ust. 1, przy czym procentowy wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

5. Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania nie podlega podwyższeniu z tytułu dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia – zgodnie z warunkami ogólnymi tej umowy – stanowiącej rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki, z uwzględnieniem poniższych postanowień:

- 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
- 2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust.3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.
3. Pierwsza składka ubezpieczeniowa należna z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna wraz ze złożeniem oferty zawarcia tej umowy.
4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu regulują § 4 ust. 3 pkt 3 oraz aneks do głównej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 2.
6. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczenia Składki.
3. 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. Dokumentację potwierdzającą zdarzenie ubezpieczeniowe stanowi dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia poważnego zachorowania, w tym historia choroby, wyniki badań oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
4. 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.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
6. 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.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 7, 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.
9. 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.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania.
2. 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), ropień mózgu wymagający drenażu przez kraniotomię, usunięcie płuca (pneumonektomia), zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie,
 - 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 wymagająca rozległej resekcji jelita, nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu,
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – 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 6-miesięcznego (sześciomiesięcznego) okresu trwania schorzenia – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwpłatkowe leczenie szpitalne – w przypadku gruźlicy leczonej szpitalnie,
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy) lub tężca leczonego szpitalnie lub wścieklizny leczonej szpitalnie,
 - 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, a nie wymienionych w pkt 1-7 powyżej.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej 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 razie odstąpienia od umowy ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, przy czym za miesiąc ubezpieczenia uznaje się bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się w dniu rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następujących miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną (jeżeli dniem rejestracji wniosku jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego),
 - 2) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania niebędącego nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym,
 - 3) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
 - 4) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 5) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,
 - 6) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłacenie nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia Składki,
 - 7) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 pkt 4.

§ 10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla dodatkowej 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.
3. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 11. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącymi ich integralną część, jest Tabela Poważnych Zachorowań.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 26 czerwca 2018 roku i weszły w życie 22 lipca 2018 roku.

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

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. **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;
3. **całkowita i nieodwracalna utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtań lub uszkodzeniem ośrodka 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;
4. **całkowita i nieodwracalna 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;
5. **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;
6. **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;
7. **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;
8. **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;
9. **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;
10. **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;
11. **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;
12. **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;
13. **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 pozapłucnych:

optycznej, 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, 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;

14. infekcyjne zapalenie wsierdza – zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – z obecnością tzw. vegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin 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 przebyły operację zastawek serca, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

15. 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 trwały ubytek neurologiczny 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;

16. 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., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:

- a) całkowita liczba granulocytów poniżej $500/\text{mm}^3$,
- b) liczba płytek krwi poniżej $20\,000/\text{mm}^3$,
- c) liczba retikulocytów poniżej $20\,000/\text{mm}^3$.

Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniem 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;

17. 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:

- 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;

18. 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:

- a) rak nieinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne) wszystkich narządów poza skórą,
- b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie 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.

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;

19. 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 zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, 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;

20. 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;

21. 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;

22. 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;

23. 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. Przeszkórna 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;

24. 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;
- 25. 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;
- 26. 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 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 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 ubezpieczonego;
- 27. 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 opisany powyżej, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 28. ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakaźnego 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);
- 29. 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;
- 30. 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;
- 31. 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 wydechuowa 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 tętnicznej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu w krwi tętnicznej poniżej 55 mm Hg (pO₂ < 55 mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej;
- 32. 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 żółtaczka,
 - 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);
- 33. stwierdzenie rozszkiełce 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 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;
- 34. 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 (dziewięćdziesięciu sześciu) 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);
- 35. tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – skutkująca zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwjęczkowej, 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 tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 36. toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórnymi, 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”;

b) stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.

Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczień rumieniowaty krążkowy nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

37. 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 postacie sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
- b) eozynofilowe zapalenia powięzi,
- c) zespół CREST;

38. 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 miesiące 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 stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

39. 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;

40. 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;

41. 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;

42. 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;

43. 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:

- a) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- b) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu pierwszej umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie dodatkowej o niniejsze poważne zachorowanie,
- c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
- d) 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,
- e) 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;

44. 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;

45. 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:

- 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 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:
 - a) 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,
 - b) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
 - c) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
 - d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadawalającego poziomu higieny osobistej,
 - e) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.