Allianz

UMOWA DODATKOWA

Poważne zachorowanie

224 224 224 allianz.pl

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZ/J/7/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 ust. 1-6 z uwzględnieniem definicji w §1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§2 ust. 4 pkt 1-2, ust. 7 §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. 1,2,5
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

ZYTZTZIPZFPP-O02 02/26

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego 95 480 000 zł (wpłacony w całości).

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZ/J/7/2026)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna 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, zastraszenia 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, jakiejkolwiek 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) **limit świadczeń** – wyrażona w procencie sumy ubezpieczenia maksymalna łączna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poważnych zachorowań. Limit świadczeń wynosi 130 proc. (sto trzydzieści procent) sumy ubezpieczenia i dotyczy łącznie pierwszej i wszystkich kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia;
   6) **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;
   7) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w Tabeli Poważnych Zachorowań, 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
      albo
      b) w czasie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile poważne zachorowanie było następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony;
   8) **szpital** – podmiot leczniczy, który:
      a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
      b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych. Szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest ambulatorium, ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
   9) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzony 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;
   10) **Tabela Poważnych Zachorowań** – lista poważnych zachorowań, objętych ochroną ubezpieczeniową. Tabela zawiera definicję każdego poważnego zachorowania oraz przypisany mu procent sumy ubezpieczenia;
   11) **trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji** – stan, który nie rokuje poprawy i w którym ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z następujących czynności życia codziennego:
      a) kąpiel – rozumianą jako zdolność umycia się,
      b) ubieranie się – rozumiane jako zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
      c) przemieszczanie się – rozumiane jako zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
      d) korzystanie z toalety – rozumiane jako zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
      e) odżywianie się – rozumiane jako zdolność do spożycia posiłku.

      Trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji stwierdza neurolog;
   12) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 66 (sześćdziesiąt sześć) lat;
   13) **ubytek neurologiczny** – deficyt czynności układu nerwowego, który jest spowodowany chorobą lub urazem i jest stwierdzany wyłącznie w przedmiotowym badaniu neurologicznym. Takiego deficytu nie stanowią:
      a) zmiany, które zostały stwierdzone wyłącznie w badaniach obrazowych,
      b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
      c) napady padaczkowe,
      d) padaczka alkoholowa;
   14) **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;
   15) **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, downhill), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy 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;

16) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
   a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
   b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
   c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
17) **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 poważnego zachorowania ubezpieczonego, o ile ubezpieczony przeżył okres wskazany dla następujących poważnych zachorowań:
   1) 30 (trzydzieści) dni od wystąpienia poważnego zachorowania – w przypadku: ciężkiej sepsy (posocznicy), niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku), nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania, operacji mózgu, porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, przeszczepu narządów, rozległego oparzenia, śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, usunięcia płuca (pneumonektomii),
   2) 14 (czternaście) dni od wystąpienia poważnego zachorowania – w przypadku: amputacji kończyn, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita, infekcyjnego zapalenia wsierdzia, łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, łagodnego guza kanału kręgowego leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, operacji aorty, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), przezskórnej interwencji wieńcowej, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, zawału serca.

   Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wymienionych powyżej poważnych zachorowań, jeśli ubezpieczony zmarł w powyższym okresie wskutek nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten nie był przyczyną wystąpienia poważnego zachorowania.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie wszystkich poważnych zachorowań, którym w Tabeli Poważnych Zachorowań zostało przypisane 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia, polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego. Zobowiązanie to dotyczy poważnego zachorowania, które wystąpi najwcześniej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania, któremu w Tabeli Poważnych Zachorowań zostało przypisane 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia, polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, gdy to zachorowanie wystąpi. Zobowiązanie to nie dotyczy:
   1) przypadku, gdy w okresie 12 (dwunastu) miesięcy poprzedzających wystąpienie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania, wystąpił inny taki nowotwór, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia,
   2) nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania o takim samym umiejscowieniu, co inny taki nowotwór, tytułem którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w ramach pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia. Takie samo umiejscowienie oznacza, że nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania dotyczy tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu – w przypadku narządów położonych symetrycznie.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie każdego poważnego zachorowania:
   1) któremu w Tabeli Poważnych Zachorowań zostało przypisane 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia i
   2) które nie jest nowotworem złośliwym w stadium przedinwazyjnym/niskim stadium zaawansowania,

   polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego niezależnie od tego, ile razy takie poważne zachorowanie wystąpi w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
6. Maksymalna – wyrażona w procencie sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poważnych zachorowań, wymienionych w każdym z punktów od 1 do 5 poniżej, wynosi łącznie 100 proc. (sto procent):
   1) przezskórna interwencja wieńcowa, kardiomiopatia rozstrzeniowa, udar mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych, udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass),
   2) bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne, wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych, wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne, operacja mózgu,
   3) łagodny nowotwór mózgu, łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne,
   4) wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem, wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem,
   5) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku, całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, wszczepienie implantu ślimakowego, całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu, całkowita i nieodwracalna utrata słuchu.

   Maksymalna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, o której mowa powyżej, dotyczy łącznie pierwszej i wszystkich kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie poniższych poważnych zachorowań nie obejmuje przypadku, gdy poważne zachorowanie wystąpiło w okresie 5 (pięciu) lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i przed jej rozpoczęciem u ubezpieczonego zdiagnozowano:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne lub udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku przezskórnej interwencji wieńcowej lub zawału serca,
   3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),
   4) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), jeśli pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej po dniu 9 września 2023 roku.

   Towarzystwo może z ubezpieczającym i ubezpieczonym ustalić, że nie stosuje tej zasady w zakresie nadciśnienia tętniczego. Do podjęcia decyzji Towarzystwo potrzebuje dokumentacji medycznej z leczenia tego schorzenia (historia choroby wraz z wynikami wykonywanych badań, w tym niezbędne: echo serca, EKG, lipidogram), którą ubezpieczony przedstawia przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia. Towarzystwo informuje o swojej decyzji po zapoznaniu się z dokumentacją.

§ 3. OGRANICZENIE 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 nadużywaniem 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 zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza 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 pkt 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 pkt 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:
   1) Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo zaproponuje 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 72 (siedemdziesiąt dwa) lata.
   2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
   3) Towarzystwo nie zaproponuje 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 jest równa procentowi sumy ubezpieczenia wskazanemu dla tego poważnego zachorowania w Tabeli Poważnych Zachorowań, jednak nie więcej niż procent sumy ubezpieczenia, który pozostaje do wykorzystania w ramach limitu świadczeń oraz limitu wskazanego w §2 ust.6.
2. Jeśli po wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego w razie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania nastąpiła jego progresja do nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym lub zmiana jego kwalifikacji na taki nowotwór, wtedy Towarzystwo jest zobowiązane dopłacić do procentu sumy ubezpieczenia, który w Tabeli Poważnych Zachorowań jest wskazany dla nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nie więcej jednak niż procent sumy ubezpieczenia, który pozostaje do wykorzystania w ramach limitu świadczeń.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
4. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia 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 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, 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 2 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.

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania.
2. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest:
   1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku: operacji aorty, operacji mózgu, operacji tętnicy płucnej, operacji zastawek serca, pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), przezskórnej interwencji wieńcowej, usunięcia płuca (pneumonektomii), wszczepienia implantu ślimakowego, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego usunięciem, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkującego jego częściowym usunięciem, choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej resekcją jelita,
   2) dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku: nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym/ niskim stadium zaawansowania,
   3) dzień wykonania badania diagnostycznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy, a następnie do zalecenia przeciwprątkowego leczenia szpitalnego ubezpieczonego – w przypadku gruźlicy pozapłucnej z jednoczesnym zajęciem płuca leczonej szpitalnie,
   4) dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu, jeśli ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów,
   5) ostatni dzień okresu wskazanego w definicji poważnego zachorowania – w przypadku całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy oraz porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji,
   6) dzień stwierdzenia trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji – w przypadku choroby Alzheimera powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, choroby Creutzfeldta-Jakoba powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, choroby Parkinsona powodującej trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, dystrofii mięśniowej powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji,
   7) dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją poważnego zachorowania – w przypadku pozostałych poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Jeśli po wystąpieniu poważnego zachorowania bez trwałych ubytków neurologicznych, zostaną stwierdzone trwałe ubytki neurologiczne, jako jego skutek, to za dzień wystąpienia poważnego zachorowania z trwałymi ubytkami neurologicznymi uznaje się dzień wystąpienia poważnego zachorowania bez trwałych ubytków neurologicznych. W takim przypadku wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania bez trwałych ubytków neurologicznych traktuje się jako część świadczenia w razie poważnego zachorowania z trwałymi ubytkami neurologicznymi. Takie zasady stosuje się odpowiednio w przypadku:
   1) udaru mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych oraz udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
   2) bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych oraz bakteryjnego

zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
3) wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych oraz wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
4) zapalenia mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych oraz zapalenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
5) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych oraz zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne.

Trwałe ubytki neurologiczne muszą wystąpić po 3 (trzech) albo po 6 (sześciu) miesiącach – w zależności od okresu, który jest wskazany w definicji odpowiedniego poważnego zachorowania z trwałymi ubytkami neurologicznymi.

4. Jeśli po 3 (trzech) miesiącach od wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu, zostaną stwierdzone trwałe ubytki neurologiczne, jako jego skutki, albo zostanie on usunięty neurochirurgicznie lub będzie leczony radioterapią interwencyjną, to za dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne uznaje się dzień wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu. W takim przypadku wcześniej wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w razie wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu traktuje się jako część świadczenia w razie wystąpienia łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne.
5. 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, rozpoznania i leczenia poważnego zachorowania, w tym: historia choroby, karty wypisu ze szpitala, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
6. 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.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
8. 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.
9. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
10. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust.9, 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.
11. 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.

§ 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 przypadające w następnych 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 najwcześniejszego z poważnych zachorowań, którym w Tabeli Poważnych Zachorowań zostało przypisane 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia,
   3) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania, tytułem którego świadczenie ubezpieczeniowe – wraz z wcześniej wypłaconymi świadczeniami tytułem poważnych zachorowań – spowoduje osiągnięcie limitu świadczeń,
   4) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
   5) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
   6) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,
   7) 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,
   8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem §4 ust.3 pkt 4.

§ 10. ADMINISTROWANIE DANYMI OSOBOWYMI

1. Towarzystwo gromadzi i przetwarza tylko te dane osobowe, które są konieczne do zawarcia i wykonywania dodatkowej umowy ubezpieczenia. Towarzystwo jest administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty otrzymane przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Towarzystwo przetwarza dane osób, które:
   1) chcą zawrzeć dodatkową umowę ubezpieczenia lub chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
   2) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
4. Towarzystwo przetwarza zgromadzone dane osobowe w związku z tym, że zawiera dodatkową umowę ubezpieczenia oraz na podstawie:
   1) zgód osób, których te dane dotyczą,
   2) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
   3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie i wykonanie dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo może wykorzystać zgromadzone dane do:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia ubezpieczonego,
   2) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty z dodatkowej umowy ubezpieczenia.

   W czasie wykonywania takich czynności Towarzystwo podejmuje zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane Towarzystwo przetwarza, ma prawo:
   1) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają przetwarzane dane,
   2) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
   3) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
   4) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez pracownika Towarzystwa.
7. Towarzystwo może przekazać dane, które przetwarza:
   1) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz

2) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
3) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyska zgodę osoby, której dane dotyczą.

8. Towarzystwo może uzyskać dane ubezpieczonego od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli ocenia ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatruje wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do:
   1) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z dodatkowej umowy ubezpieczenia, oraz
   2) zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki Towarzystwo przetwarza dane osobowe, znajdują się na jego stronie internetowej, w Polityce prywatności.

§ 11. TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Następujące pojęcia zostały zdefiniowane na początku niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia: nieszczęśliwy wypadek, szpital, trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji, ubytek neurologiczny.

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
1	**amputacja kończyn** – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku: a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej – w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej – w przypadku kończyny górnej	100%
2	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu. Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza neurolog na podstawie: a) trwałych ubytków neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania. Ubezpieczenie nie obejmuje neuroboreliozy	100%
3	**bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności trwałych ubytków neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby	10%
4	**całkowita i nieodwracalna utrata mowy** – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodka mowy w mózgu w wyniku choroby lub urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem. Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy stwierdza laryngolog lub neurolog, gdy całkowita utrata funkcji mowy utrzymuje się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi	100%
5	**całkowita i nieodwracalna utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla któregokolwiek ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	100%
6	**całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości słyszenia jednym uchem, w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu w jednym uchu: a) w przypadku której średnia arytmetyczna progów słyszalności dla tego ucha dla częstotliwości 500, 1000, 2000 i 4000 Hz jest niższa niż 80 dB, b) którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)	10%
7	**całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	100%
8	**całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w jednym oku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym	10%
9	**choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę Alzheimera stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS)	100%
10	**choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu, w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę Creutzfeldta-Jakoba stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG lub badań obrazowych	100%

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
11	**choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego). Rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	100%
12	**choroba neuronu ruchowego powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej i powoduje trwałe ubytki neurologiczne, prowadzące do zaburzeń motoryki. Ubezpieczenie obejmuje: a) stwardnienie zanikowe boczne, łac. Sclerosis Lateralis Amyotrophica (SLA), b) postępujący zanik mięśni, ang. Progressive Mascular Atrophy (PMA), c) pierwotne stwardnienie boczne, ang. Primary Lateral Sclerosis (PLS), d) postępujące porażenie opuszkowe, ang. Progressive Bulbar Palsy (PBP). Chorobę neuronu ruchowego stwierdza neurolog na podstawie: • standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz • trwałych ubytków neurologicznych, które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące	100%
13	**choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Chorobę Parkinsona stwierdza neurolog na podstawie trwałych ubytków neurologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje innych, poza chorobą Parkinsona, przyczyn parkinsonizmu (zespołu parkinsonowskiego)	100%
14	**ciężka sepsa (posocznica)** – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) została rozpoznana w czasie pobytu w szpitalu i c) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu sepsy, które spełniają kryteria wstrząsu septycznego wg Sepsis-3, również stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu tej definicji. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)	100%
15	**dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji. Dystrofię mięśniową stwierdza neurolog na podstawie: a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG). Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi	100%
16	**gruźlica pozapłucna z jednoczesnym zajęciem płuca leczona szpitalnie** – zakażenie prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) w stadium aktywnej choroby z zajęciem co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, oraz z jednoczesnym zajęciem płuca. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w szpitalu. Podstawą do stwierdzenia gruźlicy są: a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych. Ubezpieczenie nie obejmuje: • pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, • bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej	100%
17	**infekcyjne zapalenie wsierdzia** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzeplin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych. Infekcyjne zapalenie wsierdzia stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w 2 różnych posiewach. Ubezpieczenie nie obejmuje infekcyjnego zapalenia wsierdzia u osób, które przebyły operację zastawek serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdzia	100%
18	**kardiomiopatia rozstrzeniowa** – pierwotna choroba mięśnia sercowego, która prowadzi do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Kardiomiopatię rozstrzeniową stwierdza kardiolog na podstawie stwierdzenia obniżenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. EF – Ejection Fraction) poniżej 30% w dwóch kolejnych badaniach echokardiograficznych, wykonanych w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Ubezpieczenie nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej	10%
19	**łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwały ubytek neurologiczny przez co najmniej 3 miesiące. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego	100%
20	**łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • zmian o średnicy poniżej 10 mm, w tym guzów przysadki, • krwiaków, ropni, ziarniniaków, • patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych	10%

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
21	**łagodny guz kanału kręgowego leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – guz zlokalizowany wewnątrz kanału kręgowego, o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub który – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwały ubytek neurologiczny przez co najmniej 3 miesiące. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: nowotworów złośliwych, ziarniniaków, ropni, krwiaków, malformacji naczyniowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, przepukliny krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, urazów kręgosłupa	100%
22	**niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%. Niedokrwistość aplastyczną (aplazję szpiku) stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi: a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm^3, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm^3, c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm^3. Ponadto ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków: • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej	100%
23	**nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do nowotworów złośliwych zalicza się także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych), b) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotworów gruczołu krokowego: • w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, • dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, d) raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne), f) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	100%
24	**nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania zalicza się wyłącznie następujące zmiany chorobowe: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne, c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, d) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM lub których stopień zaawansowania w klasyfikacji TNM nie został określony, a których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi mniej niż 7, e) raki brodawkowate lub pęcherzykowe tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, f) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych innych niż wymienione powyżej, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • guzów granicznych jajnika, • chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia	10%
25	**operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii. Operacja ta polega na: a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. Ubezpieczenie nie obejmuje: • operacji, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, • operacyjnego leczenia zastawek aorty	100%

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
26	**operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga. Ubezpieczenie obejmuje także operacyjne otwarcie czaszki w celu usunięcia ropnia mózgu. W zakresie tego poważnego zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje operacji mózgu, która jest wykonywana z powodu nowotworu ani udaru mózgu	100%
27	**operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym lub nacięciu tętnicy i usunięciu z niej materiału zatorowego. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga. Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych	100%
28	**operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych	100%
29	**pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog. Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe	100%
30	**porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały nieszczęśliwy wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog. Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych). W zakresie tego poważnego zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje porażenia kończyn w przebiegu choroby neuronu ruchowego, stwardnienia rozsianego, łagodnego guza kanału kręgowego ani postępującego porażenia nadjądrowego	100%
31	**postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia ubezpieczonego. Postępujące porażenie nadjądrowe stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy	100%
32	**pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych oraz trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji. Pourazowe uszkodzenie mózgu stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: a) uszkodzenia rdzenia kręgowego, b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle	100%
33	**przeszczep narządów** – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego poważnym zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem. W zakresie tego poważnego zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu szpiku kostnego w przebiegu niedokrwistości aplastycznej (aplazji szpiku)	100%
34	**przezskórna interwencja wieńcowa** – pierwszy zabieg wewnątrznaczyniowy, który jest przeprowadzany w celu korekcji minimum 50% zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Rozległość zwężenia lub niedrożność tętnic wieńcowych oraz fakt przeprowadzenia zabiegu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii	10%
35	**rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi	100%
36	**schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog. Poważnym zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii	100%
37	**schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe i nieodwracalne stadium choroby płuc, które spowodowało znaczne obniżenie wydolności oddechowej. Schyłkową niewydolność oddechową stwierdza pulmonolog na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich poniższych kryteriów: a) stosowania codziennej tlenoterapii przez co najmniej 3 miesiące z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), potwierdzonej kwalifikacją specjalisty chorób płuc do domowego leczenia tlenem (DLT) w czasie co najmniej 15 godzin na dobę, b) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg (pO2 < 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, wykonanego jako element kwalifikacji lekarskiej do domowego leczenia tlenem (DLT), c) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej w okresie domowego leczenia tlenem (DLT)	100%

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
38	**schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby, która przebiega z występowaniem co najmniej dwóch z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej: a) trwała żółtaczka, b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu, c) encefalopatia wrotna, d) żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastroskopowym). Schyłkową niewydolność wątroby stwierdza hepatolog lub gastroenterolog podczas pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę	100%
39	**stwardnienie rozsiane** – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi. Stwardnienie rozsiane stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda). Ubezpieczenie nie obejmuje: • rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), • procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS)	100%
40	**śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem odruchu rogówkowego oraz brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin po zakończeniu śpiączki farmakologicznej (po odstawieniu leków znieczulenia ogólnego) oraz b) którego skutkiem jest trwały ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia: • leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, • leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę	100%
41	**tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani). Leczenie poważnego zachorowania polega na dożylnej antybiotykoterapii oraz podaniu ubezpieczonemu surowicy przeciwtężcowej w czasie pobytu ubezpieczonego w szpitalu. Podstawą do stwierdzenia tężca jest jeden z następujących objawów: a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny), b) bolesne skurcze mięśni tułowia, c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus). Rozpoznanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi	100%
42	**toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi. Podstawą do stwierdzenia tocznia rumieniowatego układowego (SLE) są standardy medyczne obowiązujące w chwili jego rozpoznawania, które obejmują: a) przynajmniej jednokrotne stwierdzenie obecności przeciwciał ANA w mianie ≥ 1:80 oraz b) sumę punktów w kryteriach dodatkowych według EULAR/ACR ≥ 10 z obecnością co najmniej jednego objawu z domeny klinicznej. Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego	100%
43	**twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Twardzinę układową (sklerodermię uogólnioną) stwierdza reumatolog lub dermatolog, na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz na podstawie zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea), b) eozynofilowego zapalenia powięzi, c) zespołu CREST	100%
44	**udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej (również móżdżku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu)	100%
45	**udar mózgu bez trwałych ubytków neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, z wyjątkiem warunku obecności nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania	10%
46	**usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo urazu, który jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)	100%

	Tabela Poważnych Zachorowań	Procent sumy ubezpieczenia
47	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku). Wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych stwierdza neurolog na podstawie: a) wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza wirusową przyczynę zachorowania	100%
48	**wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych bez trwałych ubytków neurologicznych** – stan chorobowy, który spełnia warunki wskazane w definicji wirusowego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodującego trwałe ubytki neurologiczne, z wyjątkiem warunku wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby	10%
49	**wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna). Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	100%
50	**wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego częściowym usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, która doprowadziła do chirurgicznego usunięcia części jelita grubego (kolektomia częściowa). Rozpoznanie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	10%
51	**wszczepienie implantu ślimakowego** – wszczepienie w czasie zabiegu operacyjnego urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u osoby z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem	10%
52	**wścieklizna leczona szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia podczas pobytu w szpitalu. Podstawą do stwierdzenia wścieklizny są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	100%
53	**zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej: a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia, b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia, d) krew lub 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) ani hemofilię. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków	100%
54	**zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca ani niestabilnej choroby wieńcowej, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi	100%

§ 12. 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.allianz.pl.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 36/2026 i obowiązują od 21 marca 2026 r.