

stycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

35) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy

lub

b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy

lub

c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

II. ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2.

ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Główna umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Główna umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) od dnia sporządzenia wniosku do dnia dostarczenia go do siedziby Towarzystwa upłynęło nie więcej niż trzydzieści dni;
 - 2) wniosek wypełniony został w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny;
 - 3) do wniosku została dołączona aktualna kwotacja wraz z listą uczestników, którzy złożyli deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu, zawierająca w szczególności imiona i nazwiska uczestników, daty ich urodzenia, numery PESEL, płeć, wykonywane zawody, otrzymywane wynagrodzenie (wyłącznie w przypadku gdy ma ono wpływ na ustalenie wysokości składki i sumy ubezpieczenia) oraz proponowany zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) do wniosku dołączone zostały złożone przez uczestników deklaracje uczestnictwa wypełnione w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu deklaracji – zupełny;
 - 5) została zapłacona pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, o których mowa w pkt 3, w wysokości wynikającej z wniosku o ubezpieczenie;
 - 6) Towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostały pełnomocnictwa do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestników, o których mowa w pkt 3, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
 - 7) do wniosku dołączone zostały dokumenty, inne niż wskazane w punktach poprzedzających, których przedstawienia zażądało Towarzystwo przed złożeniem oferty przez ubezpieczającego;
 - 8) przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową uczestnik wypełnił ankietę dotyczącą jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, na podstawie której została dokonana ocena, w jakim stopniu przedstawiona propozycja ubezpieczenia realizuje jego potrzeby ubezpieczeniowe, albo uczestnik w formie pisemnej odmówił wypełnienia ankiety. Na podstawie wyników przeprowadzonej ankiety, uczestnik otrzymuje rekomendację, która obejmuje w szczególności zidentyfikowanie jego potrzeb oraz wyjaśnienie, w jaki sposób ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie umowy zaspokaja te potrzeby. W przypadku, gdy z analizy informacji zawartych w ankiecie wynika, że przedstawiona propozycja nie jest adekwatna do potrzeb uczestnika, jego doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń, sytuacji finansowej, Towarzystwo przekazuje tę informację w formie ostrzeżenia. W takim przypadku uczestnik może przystąpić do ubezpieczenia wyłącznie po złożeniu odpowiedniego pisemnego żądania oraz oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem.

3. O ile nie umówiono się inaczej, umowę główną na warunkach zgodnych z treścią wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.

4. Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, Towarzystwo może odmówić zawarcia głównej lub dodatkowej umowy ubezpieczenia bądź zaproponować ubezpieczającemu zawarcie takiej umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontraoferta). Złożenie kontraoferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa, wraz z pismem, w którym Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu uwagę na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści wniosku oraz wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, iż umowa została zawarta zgodnie z treścią zaproponowaną przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

5. Do czasu doręczenia dokumentu ubezpieczenia ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W przypadku, gdy ubezpieczający skutecznie cofnie ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego składkę w wysokości nominalnej w terminie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o cofnięciu oferty. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia lub gdy ubezpieczający nie przyjmie kontraoferty Towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio.

§ 3.

ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Pierwsza umowa dodatkowa danego rodzaju zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym. Umowa jest zawierana na okres jednego roku ale nie dłużej niż do dnia rocznicy umowy głównej przypadającej bezpośrednio po zawarciu umowy dodatkowej.
2. Kolejna umowa dodatkowa danego rodzaju jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią w trybie przewidzianym w § 19.
3. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez Towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

§ 4.

PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełnią warunki wskazane w umowie ubezpieczenia, będą składać ubezpieczającemu deklaracje uczestnictwa. Deklaracja składana jest na odpowiednim formularzu Towarzystwa i może zostać złożona przez uczestnika w okresie trzydziestu dni poprzedzających dzień wymagalności składki regularnej.
2. W przypadku, gdy częstotliwość opłacania składki regularnej określona jest w umowie ubezpieczenia jako inna niż miesięczna, na wniosek ubezpieczającego Towarzystwo może wyrazić zgodę na składanie deklaracji w innym terminie niż wskazany w ust. 1, ale oznaczonym tą samą datą dzienną co dzień wymagalności składki regularnej.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez uczestnika deklaracji uczestnictwa w terminie czternastu dni od dnia jej złożenia, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od dnia wymagalności pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika. Ponadto ubezpieczający obowiązany jest przekazać Towarzystwu oryginał deklaracji uczestnictwa w terminie trzydziestu dni od dnia wymagalności pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika.
4. Postanowienia ust. 3 nie stosuje się w odniesieniu do uczestników, którzy złożą deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu. W takim przypadku wykonanie obowiązku informacyjnego wobec Towarzystwa następuje poprzez dołączenie do wniosku dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 i 4.
5. Deklaracja uczestnictwa danego uczestnika, złożona po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie, zostaje przyjęta przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) deklaracja uczestnictwa złożona została w terminie wskazanym w ust. 1 albo w terminie ustalonym zgodnie z ust. 2;

ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
 - 3) braku uczestników ubezpieczenia, za których opłacana jest składka regularna, nie wcześniej jednak niż po wypłaceniu wszystkich środków zgromadzonych na rachunkach uczestników.
2. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wypłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 3.

§ 24.

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
 - 3) upływu terminu na jaki umowa dodatkowa została zawarta i braku jej przedłużenia w trybie określonym w § 19 warunków ogólnych umowy głównej;
 - 4) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydziestu dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wypłacone do dnia odstąpienia składki za tę umowę w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.

§ 25.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, w tym w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego, składając ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna począwszy od dnia poprzedzającego dzień wymagalności składki regularnej, następujący po dniu, w którym uczestnik złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że rezygnacja uczestnika w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego skuteczna jest z chwilą złożenia oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez uczestnika oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania.

§ 26.

WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia w terminie 60 dni od dnia otrzymania przez uczestnika pierwszej rocznicowej informacji o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia. W przypadku takiego wystąpienia Towarzystwo wypłaca uczestnikowi przysługującą mu wartość jego rachunku, do której uczestnik ma prawo, według stanu na dzień otrzymania informacji o jego wystąpieniu z umowy, pomniejszoną o opłatę określoną w umowie ubezpieczenia, nie wyższą jednak niż 4% wartości rachunku.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni, poinformować Towarzystwo o złożeniu przez uczestnika oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, w tym podać datę

złożenia oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia oraz datę otrzymania przez uczestnika pierwszej informacji rocznicowej.

§ 27.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 9 ust. 3 pkt 5, uczestnik może złożyć Towarzystwu wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo. Uprawnienie powyższe nie przysługuje uczestnikowi, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty ochroną ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.
2. Towarzystwo oświadcza, iż zawarcie umowy, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia uczestnika wyłącznie w przypadku, gdy zakres oraz wysokość ochrony ubezpieczeniowej nie przekroczy zakresu oraz niższej z wartości, którymi są wysokość ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia oraz automatycznego limitu akceptacji.
3. O ile strony nie postanowią inaczej, zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego przez uczestnika nie ma wpływu na trwanie ubezpieczenia bezskładkowego, o którym mowa w § 10.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 28.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia OWU oraz pozostałych warunków ubezpieczenia, dotyczących danego uczestnika.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, ubezpieczający zobowiązany jest również do dokonywania następujących czynności:
 - 1) dostarczania Towarzystwu, nie później niż z chwilą zapłaty składek, pisemnego wykazu kwot wpłacanych z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników wraz z podaniem czy i ewentualnie jaka ich część jest finansowana przez uczestnika;
 - 2) informowania Towarzystwa o zajściu jakiegokolwiek zdarzenia skutkującego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego uczestnika;
 - 3) informowania Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, niezwłocznie po uzyskaniu takiej informacji;
 - 4) kompletowania oraz przekazywania Towarzystwu dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia oraz wypłaty środków zgromadzonych na rachunku w trakcie trwania ubezpieczenia danego uczestnika.
3. Ponadto w celu umożliwienia Towarzystwu prawidłowego wykonywania zobowiązań wynikających z zawartej umowy ubezpieczający obowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:
 - 1) wykazu osób, które są objęte ubezpieczeniem, zawierający aktualnie dane odnośnie zawodu wykonywanego przez poszczególnych uczestników i otrzymywanego przez nich wynagrodzenia (wyłącznie gdy dane te mają wpływ na wysokość podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego);
 - 2) wykazu uczestników, w stosunku do których wygasła ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia wraz z podaniem przyczyny jej wygaśnięcia;
 - 3) danych dotyczących stanu zatrudnienia u ubezpieczającego, prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, jak również innych danych stanowiących podstawę ustalania kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 15 ust. 2;
 - 4) danych adresowych uczestników.
4. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego uczestnika, a także do zmiany umowy ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. Zmiana umowy ubezpieczenia bez zgody uczestnika nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
6. Ubezpieczający jest obowiązany do przekazywania uczestnikom na piśmie lub, o ile uczestnicy wyrażą na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+ ¹
				Wariant I	Wariant II	
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	–
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	–
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	–	✓	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓	✓
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓	✓
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	–	✓	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	–	✓	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	–	✓	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	–	✓	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	–	✓	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	–	✓	✓
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓	–
312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	–
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	–	✓	–
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	✓	✓	–
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%	✓	✓	–
316	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	–
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	–	✓	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+ ¹
				Wariant I	Wariant II	
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓	✓

CHOROBY HEMATOLOGICZNE						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+ ¹
				Wariant I	Wariant II	
421	5 lat	Zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem leczenia chemio- i/lub radioterapii)	6%	–	✓	✓
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%	✓	✓	✓
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%	–	✓	✓
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓
426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓

TRAUMATOLOGIA						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+ ¹
				Wariant I	Wariant II	
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/II stopnia leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone zachowawczo	11%	–	✓	✓
430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓	✓
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%	✓	✓	✓
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnieniem/wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%	✓	✓	✓
438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	–	✓	✓

5. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika jest:
 - 1) dzień zabiegu lub zabiegu operacyjnego – w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 1 oraz pkt 11 – 13;
 - 2) dzień zakwalifikowania uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli uczestnik nie był na liście biorców – w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 16;
 - 3) ostatni dzień 12 (dwunasto) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku wskazanym w § 1 ust. 1 pkt 23;
 - 4) dzień rozpoznania jednostki chorobowej wskazany w dokumencie zawierającym wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę - w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 10;
 - 5) dzień postawienia diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją przez lekarza o specjalizacji wskazanej w tej definicji – w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 5, 6, 14, 19, 20, 24 i 25;
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, o ile w następstwie postawionego rozpoznania zostało przeprowadzone leczenie przeciwpłukowe w warunkach szpitalnych – w przypadku wskazanym w § 1 ust. 1 pkt 3;
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją – w pozostałych przypadkach wymienionych w § 1 ust. 1.
6. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu oraz § 3 ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
 - 1) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pierwszego poważnego zachorowania uczestnika – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;
 - 2) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej tytułem którejkolwiek umowy dodatkowej ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia pierwszego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, drugiego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;
 - 3) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej tytułem którejkolwiek umowy dodatkowej ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia drugiego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, trzeciego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze i drugie poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego dziesięciu procentom sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej.
7. W ramach poważnego zachorowania - wersja 2 wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych oraz gruźlicy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania ale nie więcej niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. jednocześnie wypłata świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych oraz gruźlicy nie wpływa na uprawnienia do świadczeń z tytułu innych poważnych zachorowań sklasyfikowanych odpowiednio do grupy II i IV.
8. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu niezdolności do pracy lub automatycznego limitu akceptacji z tytułu poważnego zachorowania ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
9. W razie, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu niezdolności do pracy lub automatyczny limit akceptacji z tytułu poważnego zachorowania, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
10. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do właściwego automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 8.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej;
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, to przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Wysokość świadczenia z tytułu poważnego zachorowania w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem uczestnika w ubezpieczeniu i wynosi: 10% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot którymi są automatyczny limit akceptacji oraz kwota 100 000 (sto tysięcy) zł, po tym okresie świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, również w przypadku przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych głównej umowy ubezpieczenia. Postanowienie powyższe ma również zastosowanie w przypadku zmiany wariantu umowy, o którym mowa w § 2 ust. 1 w odniesieniu do poważnych zachorowań wcześniej nie objętych ochroną ubezpieczeniową. Postanowien zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
4. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
 - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;
 przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 4a. Jeżeli uczestnik, o którym mowa w ust. 4 pkt 1) niniejszego paragrafu ma w dacie przystąpienia ukończone 62 lata, zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje ograniczony do wystąpienia następujących poważnych zachorowań:

dla wersji 1. – schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, śpiączka, operacja aorty, nowotwór złośliwy, rozległe oparzenie, utrata wzroku, utrata mowy;

dla wersji 2. – schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, śpiączka, operacja aorty, nowotwór złośliwy, niedokrwistość plastyczna, łagodny nowotwór mózgu, rozległe oparzenie, utrata wzroku, utrata mowy, utrata słuchu, utrata kończyn.
5. Postanowien ust. 4 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę współuczestnicy i uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
6. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności do pracy;
 - 2) wystąpienia pierwszego z poważnych zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa – w odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnego zachorowania;
 - 3) wystąpieniem trzeciego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa – w odniesieniu do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu poważnego zachorowania;
 - 4) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 5) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA OSIEROCENIA DZIECKA UCZESTNIKA NR PGOFF/ZOD/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOFF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekcioć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - dziecko uczestnika** – dziecko własne uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);
 - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
 - śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - 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;
 - zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka góraska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - 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
 - 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
 - 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.
- Ilekcioć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka osierocenia dziecka uczestnika używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.

- Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest osierocenie dziecka uczestnika, przez co rozumie się śmierć uczestnika mającą miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku osierocenia dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika, wskazanej w umowie dodatkowej.
- W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu osierocenia dziecka uczestnika ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
- W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu osierocenia dziecka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

- Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
- Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
 - uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
 - w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 2 ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę współuczestnicy i uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
- Przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - śmierci uczestnika;
 - ukończenia przez dziecko uczestnika wieku dwudziestu jeden lat – w odniesieniu do tego dziecka uczestnika, które ukończyło dwadzieścia jeden lat;
 - rozwiązania umowy dodatkowej;
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;

- 5) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 6) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
 - 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidzianej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
6. Z zastrzeżeniem ust. 7, Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.
7. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania uczestnikowi ochrony z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ryzyka osierocenia dziecka uczestnika ograniczona jest do zobowiązania do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. OGRODZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
- 8) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

§ 5. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6. OBOWIĄZKI

O śmierci uczestnika powodującej osierocenie dziecka uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową

w ramach umowy dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu osierocenia dziecka uczestnika wypłacane jest dziecku uczestnika. W przypadku, gdy uprawnienie do świadczenia przysługuje więcej niż jednemu dziecku, świadczenie zostanie wypłacone każdemu z uprawnionych.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGOFF/ZMK/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOFF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
 - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
 - 4) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
 - 5) **śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) **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;
 - 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniar-

2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć małżonka uczestnika nastąpi:
 - 1) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 1) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez małżonka uczestnika. Jeżeli wskazał on kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią małżonka uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci małżonka uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka uczestnika, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców małżonka uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

§ 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGOF/ZMW/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składowanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
 - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
 - 4) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
 - 5) **śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) **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;
 - 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 8) **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

śmierci małżonka uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka uczestnika, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców małżonka uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY NR PGOF/ZPM/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez małżonka uczestnika pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia małżonka uczestnika na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego; nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nie jest nieszczęśliwy wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
- 4) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
- 5) **śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
- 6) **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;

- 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 8) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy. Za zgodą Towarzystwa ochrona ubezpieczeniowa może obejmować partnera uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące małżonka stosuje się odpowiednio do osoby partnera. W przypadku gdy uczestnik wskazał partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę partnera.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

daty odpowiednio zawału serca lub udaru mózgu oraz w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu zawał serca lub udar mózgu został nazwany pierwotną (wyjściową) albo bezpośrednią przyczyną zgonu;

- 5) **udar mózgu** – zaistniałe w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, charakteryzujące się świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- 6) **wycyznowe 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;
- 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 8) **zawał serca** – zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pierwszy epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, potwierdzony rozpoznaniem opartym na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi, za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (angina pectoris);
- 9) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu. Za zgodą Towarzystwa ochrona ubezpieczeniowa może obejmować partnera uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące małżonka stosuje się odpowiednio do osoby partnera. W przypadku gdy uczestnik wskazał partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę partnera.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.
6. W przypadku gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu, przysługiwałaby danemu uczestnikowi, został w sposób przewidziany na taką okoliczność w odpowiednich warunkach ogólnych, czasowo ograniczony, ochrona z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, przysługująca małżonkowi uczestnika ulega takiemu samemu ograniczeniu i na ten sam okres.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
4. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach umowy głównej ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub jego małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik, lub jego małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub jego małżonka;
 - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony

- 4) **śmierć małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty wypadku komunikacyjnego;
- 5) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 6) **wypadek komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu drogowego lub szynowego lub statku wodnego lub powietrznego i niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
- 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 8) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego. Za zgodą Towarzystwa ochrona ubezpieczeniowa może obejmować partnera uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące małżonka stosuje się odpowiednio do osoby partnera. W przypadku, gdy uczestnik wskazał partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę partnera.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku

komunikacyjnego ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.

4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika, przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub jego małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik, lub jego małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub jego małżonka;
 - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli wypadek komunikacyjny lub śmierć małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) w związku z udziałem małżonka uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez małżonka uczestnika.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, określonego zgodnie z poniższą tabelą:

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

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
 - 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
 - 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebyciu, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
 - 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu biodrowego, barkowego i kolanowego w stopniu większym niż 50%,
 - 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane zarówno uszkodzeniem w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-więzadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W razie gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.
6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

7. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości niższej niż wskazana w umowie dodatkowej suma ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, przez pozostały czas trwania ochrony ubezpieczeniowej sumę ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku danego małżonka uczestnika stanowiła będzie procentowo określona część sumy wskazanej w umowie dodatkowej pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) zająścia ostatniego ze zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą całości wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub jego małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik, lub jego małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub jego małżonka;
 - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zająścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub kalectwo małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

- Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

§ 6. OBOWIĄZKI

O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest małżonkowi uczestnika.
- Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia małżonka uczestnika Towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji małżonka uczestnika.
- W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia małżonka uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, małżonek uczestnika po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie małżonkowi uczestnika po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez małżonka uczestnika oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
- W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcją była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącego bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.
- Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia małżonka uczestnika, Towarzystwo na wniosek małżonka uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH NR PGOFF/T1M/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOFF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekczość w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
 - nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
 - partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, powstałe niezależnie od jakiegokolwiek schorzenia somatycznego lub psychicznego małżonka uczestnika, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez małżonka uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
 - 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;
 - zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyzna-

4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samoszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem małżonka uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez małżonka uczestnika.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.

OBOWIĄZKI

O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej przy uwzględnieniu postanowień § 2 ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest małżonkowi uczestnika.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia małżonka uczestnika Towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji małżonka uczestnika.
5. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia małżonka uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, małżonek uczestnika po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie małżonkowi

uczestnika po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez małżonka uczestnika oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

6. W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.
7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia małżonka uczestnika, Towarzystwo na wniosek małżonka uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU NR PGOFF/T2M/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOFF/2016/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;

- 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Za wszystkie trwałe uszczerbki na zdrowiu małżonka uczestnika powstałe wskutek jednego zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu ale nie więcej niż kwotę należną z tytułu doznania przez małżonka uczestnika stu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Jeżeli małżonek uczestnika zmarł przed ustaleniem wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą przebiegu leczenia.
3. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zawał serca, udar mózgu lub trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) na skutek nadużywania alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 6) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 7) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 8) w związku z udziałem małżonka uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez małżonka uczestnika;
 - 9) jako wynik zakażenia małżonka uczestnika wirusem HIV;
 - 10) w związku z chorobą psychiczną małżonka uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek stanów chorobowych rozpoznanych lub leczonych u małżonka uczestnika przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. Ponadto świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, w przypadku wystąpienia u małżonka uczestnika:
 - 1) udaru mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u małżonka uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) zawału serca – jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u małżonka uczestnika chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego wskazującego, że przyczyną trwałego uszczerbku był zawał serca lub udar mózgu.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.

OBOWIĄZKI

1. Małżonek uczestnika ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu obowiązującej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu w ramach umowy dodatkowej przy uwzględnieniu postanowień § 2 ust. 6.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacane jest małżonkowi uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia małżonka uczestnika Towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji małżonka uczestnika.
5. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia małżonka uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, małżonek uczestnika po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie małżonkowi uczestnikowi po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez małżonka uczestnika oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
6. W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem zawału serca lub udaru mózgu, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.
7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek zawału serca lub udaru mózgu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia zawału serca lub udaru mózgu,

z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGOF/L2M/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1.

§ 1.

DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie;
- 2) **leczenie szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia i nie związanemu z ciążą, porodem lub porodem, chyba że przedmiotem hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;
- 3) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
- 5) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
- 6) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków

ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;

- 7) **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;
- 8) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 9) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego małżonka uczestnika, używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest leczenie szpitalne małżonka uczestnika. Za zgodą Towarzystwa ochrona ubezpieczeniowa może obejmować partnera uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące małżonka stosuje się odpowiednio do osoby partnera. W przypadku gdy uczestnik wskazał partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie osobę partnera.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego małżonka uczestnika, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 6 – 7, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni przypadających na okres ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne małżonka uczestnika, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leceń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 i 10, jeżeli leczenie szpitalne małżonka uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następ-

stwem nieszczęśliwego wypadku. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.

5. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego małżonka uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
6. Wysokość świadczenia z tytułu danego leczenia szpitalnego małżonka uczestnika jest różnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego i wynosi:
 - 1) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 3) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.
7. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne małżonka uczestnika, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych spowodowanych tym nieszczęśliwym wypadkiem, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne małżonka uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem.
8. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
9. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 8.
10. W przypadku gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego, przysługiwałaby danemu uczestnikowi, został w sposób przewidziany na taką okoliczność w odpowiednich warunkach ogólnych, czasowo ograniczony, ochrona z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, przysługująca małżonkowi uczestnika ulega takiemu samemu ograniczeniu i na ten sam okres czasu.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

- 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub jego małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik, lub jego małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub jego małżonka;
 - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa przysługująca małżonkowi uczestnika w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego małżonka uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a postanowienia § 2 ust. 8 - 10 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli leczenie szpitalne małżonka uczestnika wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) w związku z udziałem małżonka uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez małżonka uczestnika;
 - 8) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u małżonka uczestnika;
 - 9) na skutek zakażenia małżonka uczestnika wirusem HIV;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną małżonka uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ małżonek uczestnika;
 - 11) w związku z takim pobytym w szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostycznego lub obserwacyjnego, jak również w związku z koniecznością odbicia lub odbywania przez małżonka uczestnika leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego.
2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć małżonka uczestnika.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik i jego małżonek, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1

§ 5. OBOWIĄZKI

O rekonwalescencji małżonka uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia leczenia szpitalnego.

§ 6. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu rekonwalescencji obowiązującej w dniu rozpoczęcia rekonwalescencji małżonka uczestnika, przy zastosowaniu wskazanego w § 2 ust. 4 wskaźnika procentowego.
2. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji wypłacane jest małżonkowi uczestnika, nie wcześniej niż po jej zakończeniu.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu rekonwalescencji nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia małżonka uczestnika, Towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 7. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem umowy dodatkowej, przystępowaniem małżonków uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA UCZESTNIKA „ZDROWE ŻYCIE” NR PGOF/HBM/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

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

- 1) **dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz małżonka uczestnika, wskazane w części 3. Wykazu stanowiącego załącznik nr 1 do warunków ogólnych umowy dodatkowej; wyróżnia się dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenia) typu 1 i typu 2;
- 2) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 3) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt małżonka uczestnika w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;

- 4) **limit wypłat** – maksymalna kwota świadczeń, jakie mogą być łącznie wypłacone z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; limit wypłat określony jest w wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych warunków ogólnych;
- 5) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 6) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz małżonka uczestnika, które zostały zdiagnozowane lub wymagały stosowania leków, wykonywania badań, korzystania z porad lekarskich przed przystąpieniem do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
- 8) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
- 9) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 10) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
- 11) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
- 12) **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;
- 13) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sprężyny wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 14) **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.

- d) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
- 5) Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wypłacane jest małżonkowi Uczestnika nie wcześniej niż po zakończeniu hospitalizacji. W razie śmierci małżonka uczestnika w trakcie hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika.
 - 6) Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia małżonka uczestnika, Towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
 - 7) W przypadku, gdy w trakcie jednej hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy dodatkowej, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego najwyższemu ze świadczeń, przewidzianych na wypadek zdarzeń, których roszczenie dotyczy.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązaniem umowy dodatkowej, przystępowaniem małżonków uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGO/PZM/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGO/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod, zalecone przez specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - 2) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem płuc lub którejkolwiek z wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rzemiennych, mózgu, rozpoznane na podstawie dodatniego badania bakteriologicznego, badania histopatologicznego lub badania radiologicznego, wymagające leczenia przeciwprątkowego w warunkach szpitalnych;
 - 3) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 4) **łagodny nowotwór mózgu** – guz wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne;
- 5) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 6) **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego, potwierdzone przez specjalistę hematologa;
- 7) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- 8) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
 - a) raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,
 - b) wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - c) czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (= < 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
 - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub aorty brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty, za wyjątkiem zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 10) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty kardiologa, za wyjątkiem angioplastyki oraz jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowej;
- 11) **operacja zastawek serca** – zalecona przez specjalistę kardiologa pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych;
- 12) **partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
- 13) **porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez specjalistę neurologa, jak również utrata funkcji kończyn określana jako paraplegia, diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
- 14) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 2 ust. 2 niniejszych warunków ogólnych schorzenie małżonka uczestnika;
- 15) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, za wyjątkiem zabiegów

- 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo ponownie przyznaje, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie dziecka uczestnika wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez dziecko uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) na skutek nadużywania przez dziecko uczestnika alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez dziecko uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego uszkodzenia ciała;
 - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika, jego dziecko lub osoby pod opieką których pozostawało dziecko uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich dotyczących dziecka uczestnika;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało dziecko uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy było ono pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 6) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 7) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6) aktach przemocy, chyba że udział dziecka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 8) w związku z udziałem dziecka uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez dziecko uczestnika;
 - 9) na skutek zakażenia dziecka uczestnika wirusem HIV;
 - 10) w związku z chorobą psychiczną dziecka uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń objętych niniejszą umową dodatkową lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej;
 - 12) jako bezpośredni lub pośredni skutek wad wrodzonych dziecka uczestnika;
 - 13) jako bezpośredni lub pośredni skutek wszelkich rozmyślnych działań osób pod opieką których pozostawało dziecko uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania nastąpi śmierć dziecka uczestnika.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.

OBOWIĄZKI

1. Uczestnik oraz dziecko uczestnika mają obowiązek starać się złagodzić je skutki poważnego zachorowania dziecka uczestnika niezwłocznie poddając je opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.

2. O wystąpieniu poważnego zachorowania dziecka uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wypłacane jest dziecku uczestnika, a w przypadku dzieci niepełnoletnich uczestników.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące dziecka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika nie mają charakteru wyłącznicie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia dziecka uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania dziecka uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Dziecko uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8.

REPREZENTACJA DZIECKA

1. Wszelkie oświadczenia woli, wymagane zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków ogólnych, składane są w imieniu dziecka uczestnika przez uczestnika, działającego jako jego przedstawiciel ustawowy.
2. Postanowienia ustępu poprzedzającego nie stosuje się po uzyskaniu przez dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych.

§ 9.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA NR PGO/UDK/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGO/UDK/2016/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się pojęcia główna umowa ubezpieczenia, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie, umowę zawartą na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych.
2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się dziecka używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest urodzenie się dziecka uczestnika lub przysposobienie przez uczestnika dziecka w wieku poniżej dziesięciu lat. W przypadku przysposobienia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest data uprawomocnienia się orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka przez uczestnika.

- 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt a lub b uczestnik przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 4) transport medyczny między placówkami medycznymi w przypadku gdy placówka, w której przebywa uczestnik w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt a lub b, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; lub gdy uczestnik, skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
 - 5) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu. Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
 - 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
 - 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);
 - 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
 - 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
 - 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
 5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:
 - 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu noworodka;
 - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
 - 8) pielęgnacji noworodka.
 6. Informacje, o których mowa w ust. 4 i 5 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.
 7. Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Limit na świadczenia, o których mowa w ust. 3 wynosi łącznie 3000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia.
 9. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz centrum operacyjnego.
- ### § 3. OKRES UBEZPIECZENIA
1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
 2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
 3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenie udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-4 ochrona wygasa odpowiednio:

 - a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-4 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
 - b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-4 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
 4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.
- ### § 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI
1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez uczestnika bez uprzedniego powiadomienia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;

- a) przewozu dzieci lub osób niesamodzielnych pod opieką osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
- b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania uczestnika i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 5 ppkt a i b po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez uczestnika pod wskazanym przez uczestnika adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 5 ppkt a lub b, Towarzystwo:

- c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania uczestnika maksymalnie przez okres pięciu dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenia usług, o których mowa w niniejszym punkcie są realizowane na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 6) opieka nad zwierzętami – w sytuacji, gdy w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywa w szpitalu przez co najmniej trzy dni, Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania uczestnika przez okres maksymalnie 5 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Towarzystwo dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt;
 - b) transport osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami domowymi do miejsca zamieszkania uczestnika.

Świadczenie realizowane jest maksymalnie do kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i realizowane jest w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania uczestnika nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad zwierzętami domowymi oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych;

- 7) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej Towarzystwo zapewnia:
 - a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu uczestnika do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, albo
 - b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu uczestnika do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 11) wizyta pielęgniarki – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki;
 - 12) opieka domowa – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b był hospitalizowany przez okres minimum trzech dni oraz gdy istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej w miejscu pobytu uczestnika, po zakończeniu hospitalizacji, przez okres maksymalnie 5 dni. Opieka domowa obejmuje takie świadczenia jak: podawanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w robieniu porządków oraz pomoc w zakresie higieny osobistej;
 - 13) opieka pielęgniarki w szpitalu – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w placówce medycznej i wymaga całodobowego nadzoru pielęgniarki, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki w placówce medycznej do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana jeśli placówka medyczna, w której przebywa uczestnik wyrazi zgodę na opiekę pielęgniarki;
 - 14) pomoc medyczna za granicą – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania uczestnika, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu uczestnika oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 Euro. Uczestnik ma prawo skorzystać ze świadczenia jeden raz w ciągu jednego roku ubezpieczenia. Centrum operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.
4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:
- 1) pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania uczestnika w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:
 - a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia;
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
 - c) porady w razie problemów z laktacją;
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu;
 - e) informacja o zakresie szczepień ochronnych.
5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka uczestnika:
- 1) opieka nad dziećmi uczestnika w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku – w przypadku potwierdzonej przez lekarza choroby dziecka lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem uczestnika przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy uczestnik nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
 - 2) organizacja pobytu uczestnika bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka – w sytuacji gdy dziecko uczestnika jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 5, Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa. Na prośbę uczestnika Towarzystwo zapewnia również usługi informacyjne dotyczące

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

W przypadkach wskazanych w pkt 1-4 ochrona wygasa odpowiednio:

 - a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-4 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
 - b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-4 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 d wygasa z upływem sześciu miesięcy od dnia, w którym uczestnik otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę, pod warunkiem zachowania terminów, o których mowa w § 2 ust. 13.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem świadczenia wskazanego w § 2 ust. 3 pkt 14;
 - 2) kosztów poniesionych przez uczestnika bez uprzedniego powiadomienia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
 - 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;
 - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez uczestnika czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
 - f) uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
 - g) wyczynowego uprawiania sportu;
 - h) zawodowego uprawiania sportu;
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- j) poddania się przez uczestnika leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
- k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- m) chorób przewlekłych.

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

§ 5.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, uczestnik jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko;
 - b) numer PESEL;
 - c) adres zamieszkania;
 - d) numer polisy;
 - e) okres ubezpieczenia;
 - f) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - g) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - h) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Uczestnik zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. Centrum operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej uczestnika oraz po wypełnieniu przez uczestnika obowiązków określonych w ustępach powyższych.
5. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń centrum operacyjne będzie niezwłocznie informować uczestnika.
6. W przypadku gdy uczestnik nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
7. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej uczestnik nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11 Towarzystwo może zwrócić uczestnikowi w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu dwudziestu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.
8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 7, rozumie się:
 - 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 4 – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
 - 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3 – datę wypisu ze szpitala;
 - 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 8, 9, i 10 – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 6.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” NR PGOF/AMB/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekców w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - dziecko uczestnika** – dziecko własne uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);
 - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - identyfikator** – imienna karta identyfikacyjna opatrzona unikalnym numerem wydawana przez Towarzystwo w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
 - partner uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden partner uczestnika. Odwołanie przez uczestnika wskazania danej osoby jako partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez uczestnika nowego partnera jest możliwe od najbliższej rocznicy ubezpieczenia;
 - placówki medyczne** – wskazane przez Towarzystwo zakłady opieki zdrowotnej świadczeniodawcy oraz inne działające na zlecenie świadczeniodawcy zakłady opieki zdrowotnej lub lekarze wykonujący usługi zdrowotne w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, świadczące usługi zdrowotne na rzecz ubezpieczonych;
 - świadczeniodawca** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania na rzecz ubezpieczonego usług zdrowotnych wymienionych w Wykazie Usług Medycznych;
 - ubezpieczony** – uczestnik, małżonek lub partner uczestnika, dziecko uczestnika;
 - usługi zdrowotne** – działania mające na celu przywrócenie zdrowia ubezpieczonego oraz zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie, obejmujące porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne;
 - wariant ubezpieczenia** – zakres usług zdrowotnych udostępnionych ubezpieczonemu w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - wersja ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana jako umowa tylko na rachunek uczestnika lub jako umowa na rachunek uczestnika, małżonka lub partnera uczestnika, dziecka uczestnika;
 - Wykaz Usług Medycznych** – załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiący ich integralną część, zawierający spis usług zdrowotnych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia wraz z maksymalnym czasem oczekiwania na wykonanie wybranych usług;
 - 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;
 - zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub

motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

- zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - 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
 - 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
 - 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.
- Ilekców w niniejszych warunkach ogólnych używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
- Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta w wersji indywidualnej na rachunek uczestnika ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia lub rodzinnej na rachunek uczestnika, małżonka uczestnika, partnera uczestnika lub dzieci uczestnika. W umowie dodatkowej poszczególni uczestnicy mogą być obejmowani ochroną ubezpieczeniową w ramach różnych wersji ubezpieczenia, zgodnie z zakresem ochrony kategorii danego uczestnika.
- Umowa dodatkowa w wersji rodzinnej może zostać zawarta na rachunek małżonka uczestnika, partnera uczestnika lub dzieci uczestnika pod warunkiem, że każda z tych osób jest ubezpieczona w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie odpowiednio warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika lub warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci dziecka.
- Umowa dodatkowa może przewidywać różne zakresy ochrony ubezpieczeniowej przysługującej poszczególnym uczestnikom oraz małżonkowi uczestnika i dziecku uczestnika, zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego w ramach kategorii ubezpieczenia.
- W przypadku wersji rodzinnej uczestnik, małżonek lub partner uczestnika i dziecko uczestnika objęci są tym samym wariantem ubezpieczenia.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wizytę ubezpieczonego w placówce medycznej mającą na celu skorzystanie z usługi zdrowotnej.
- W razie wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej mającej na celu skorzystanie z usługi zdrowotnej udzielana ubezpieczonemu ochrona ubezpieczeniowa polega na umożliwieniu korzystania przez niego z porad specjalistycznych oraz uzasadnionych z medycznego punktu widzenia badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych wskazanych w Wykazie Usług Medycznych stosownie do wariantu ubezpieczenia. Ubezpieczony może korzystać z usług zdrowotnych tylko w placówkach medycznych i w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
- Towarzystwo wraz z polisą przekazuje listę placówek medycznych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany placówek medycznych z ważnych przyczyn. Za ważną przyczynę uznaje się zarówno zaprzestanie przez placówkę medyczną prowadzenia działalności na zlecenie świadczeniodawcy w zakresie udostępniania usług zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych, jak i jej rozpoczęcie przez nową placówkę medyczną. Zmiana placówek medycznych nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia. Informacja o aktualnej liście placówek medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Można ją także uzyskać pod numerem infolinii.

§ 4. OKRES UBEZPIECZENIA

- Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca ubezpieczonemu w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego,
 - pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca ubezpieczonemu w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego,
 - pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- Przysługująca małżonkowi lub partnerowi uczestnika i dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po złożeniu Towarzystwu przez uczestnika stosownego formularza zgłoszenia z zastrzeżeniem terminów rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanych w ust. 1 i 2.
- Przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - rozwiązania umowy dodatkowej;
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
 - przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
 - upływu czasu trwania umowy dodatkowej w przypadku jej nieprzedłużenia.
- Przysługująca małżonkowi lub partnerowi uczestnika lub dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia lub umowy dodatkowej;
 - wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej małżonkowi lub partnerowi uczestnika lub dziecku uczestnika na podstawie odpowiednio warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika lub warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci dziecka;
 - rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez małżonka lub partnera uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub rocznicy ubezpieczenia, w którą małżonek lub partner uczestnika kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin małżonka lub partnera uczestnika;
 - rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez dziecko uczestnika dwudziestego pierwszego roku życia lub rocznicy ubezpieczenia, w którą dziecko uczestnika kończy dwadzieścia jeden lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin dziecka uczestnika.
- W przypadkach wskazanych w ust. 4 i 5 ochrona wygasa odpowiednio:
 - jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;

- jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
- Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej z dniem ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia z tym zastrzeżeniem, iż ochrona ubezpieczeniowa w ramach głównej umowy ubezpieczenia rozpocznie się nie wcześniej niż po sześciu miesiącach od zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2.

§ 5. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie, którym jest wizyta ubezpieczonego w placówce medycznej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce:

- w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy przebywał on na pokładzie samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych;
- jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 4) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
- wyczynowego uprawiania sportu;
- zawodowego uprawiania sportu;
- w związku z chorobami psychicznymi ubezpieczonego, zaburzeniami lub innymi zakłóceniami czynności psychicznych ubezpieczonego;
- w związku z zażyciem przez ubezpieczonego niezaordynowanych przez lekarza leków lub ich zażyciem niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, również w związku z uczestnictwem ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowaniem metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej;
- w związku z AIDS lub schorzeniami związanymi z tą chorobą, chorobą Alzheimera, zabiegiem aborcji, ciążą wysokiego ryzyka, lub ciążą, o ile wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje porodu;
- w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepłodności ubezpieczonego oraz zabiegiem zmiany płci ubezpieczonego;
- w związku z leczeniem protetycznym ubezpieczonego, ortodontycznym lub w zakresie chirurgii szczękowej, a także w związku z leczeniem, zabiegami i operacjami ubezpieczonego z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki;
- w związku z leczeniem kuracyjnym, sanatoryjnym i uzdrowiskowym oraz rehabilitacją ubezpieczonego, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych;
- w związku z leczeniem odwykowym, zabiegami i kuracjami odwykowymi ubezpieczonego;
- w związku z pełnieniem służby wojskowej przez ubezpieczonego.

§ 6. REALIZACJA USŁUG ZDROWOTNYCH

- Prawo do korzystania z usług zdrowotnych przysługuje ubezpieczonemu.
- Każdy ubezpieczony otrzymuje identyfikator, który wraz z ważnym dokumentem tożsamości, obowiązany jest okazywać przy korzystaniu z usług zdrowotnych.
- W celu skorzystania z usługi zdrowotnej ubezpieczony, przed przybyciem do placówki medycznej, obowiązany jest:
 - uzgodnić telefonicznie lub osobiście z wybraną placówką medyczną termin wykonania usługi zdrowotnej;
 - zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od placówki medycznej;
 - przestrzegać terminów wykonania usługi zdrowotnej.

4. Ubezpieczony może skorzystać z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych pod warunkiem, że zostaną one zlecone przez lekarza.
5. W przypadku gdy ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W związku z zawarciem i rozwiązywaniem umowy dodatkowej ubezpieczenia ubezpieczony może uzyskać na preferencyjnych warunkach dostęp do wskazanych przez Towarzystwo usług poprawiających jakość życia.
2. W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem ubezpieczonych do ubezpieczenia, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Warunki ogólne grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun nr PGOF/2016/1	1
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/SNW/2016/1	10
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZU/2016/1	11
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIN/2016/1	13
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUZ/2016/1	15
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/TU1/2016/1	17
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/TU2/2016/1	19
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/NPW/2016/1	21
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego nr PGOF/L2K/2016/1	23
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3K/2016/1	25
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka rekonwalescencji nr PGOF/REK/2016/1	28
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGOF/HCB/2016/1	29
Wykaz nr 1/2016. Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” PGOF/HCB/2016/1 oraz PGOF/HBM/2016/1	32
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGOF/NPZ/2016/1	46
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka osierocenia dziecka uczestnika nr PGOF/ZOD/2016/1	50
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika nr PGOF/ZMK/2016/1	51
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/ZMW/2016/1	53
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nr PGOF/ZPM/2016/1	55
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZM/2016/1	56
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGOF/ZKM/2016/1	58
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIM/2016/1	60
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUM/2016/1	62
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/T1M/2016/1	64
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/T2M/2016/1	66
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/LM2/2016/1	69
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego małżonka uczestnika nr PGOF/L2M/2016/1	71
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego małżonka uczestnika w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3M/2016/1	73
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka rekonwalescencji małżonka uczestnika nr PGOF/REM/2016/1	76
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego małżonka uczestnika „Zdrowe Życie” nr PGOF/HBM/2016/1	77
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania małżonka uczestnika nr PGOF/PZM/2016/1	80
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci dziecka – wariant rozszerzony nr PGOF/ZDR/2016/1	83
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania dziecka uczestnika nr PGOF/PDK/2016/1	85
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się dziecka nr PGOF/UDK/2016/1	87
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia dziecka martwego lub poronienia nr PGOF/ZNK/2016/1	88
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci rodzica nr PGOF/ZRK/2016/1	89
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia assistance – wariant I nr PGOF/AS1/2016/1	91
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia assistance – wariant II nr PGOF/AS2/2016/1	93
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia pakiet medyczny „Bądź Zdrow” nr PGOF/AMB/2016/1	98

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (RUFK/GR/1/2013)

I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE.

WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Niniejszy Regulamin określa zasady działania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek ubezpieczeniowych.
2. Niniejszy Regulamin zawiera wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, do których ten Regulamin stanowi załącznik, określa zasady lokowania środków tych funduszy oraz zasady i terminy wyceny jednostek tych funduszy.
3. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie stosuje się postanowienia wymienionych powyżej ogólnych warunków ubezpieczenia oraz warunków ogólnych dodatkowych umów ubezpieczenia ewentualnie zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie tych pierwszych ogólnych warunków.
4. Lista oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych:
 - 1) Fundusz Akcji,
 - 2) Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji,
 - 3) Fundusz Dynamiczny,
 - 4) Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji,
 - 5) Fundusz Gwarancji Zysku,
 - 6) Fundusz Gwarantowany,
 - 7) Fundusz Międzynarodowy,
 - 8) Fundusz Pieniężny,
 - 9) Fundusz Spółek Dywidendowych,
 - 10) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
 - 11) Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji,
 - 12) Fundusz Zrównoważony,
 - 13) Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji.

II. ZAOFEROWANIE NOWEGO UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

1. Towarzystwo może zaoferować nowy ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, do których ten Regulamin stanowi załącznik, rozszerzając tym listę oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
2. W przypadku rozszerzenia listy oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, Towarzystwo udostępni informacje o nowym funduszu w zakresie analogicznym do informacji dotyczących dotychczas oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

III. LIKWIDACJA UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

1. Towarzystwo może zlikwidować ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy oferowany dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, do których ten Regulamin stanowi załącznik.
2. Towarzystwo udostępni informację o planowanej likwidacji funduszu z co najmniej 3-miesięcznym wyprzedzeniem, podając:
 - 1) nazwę likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
 - 2) datę likwidacji,
 - 3) termin, w jakim można złożyć wniosek o przeliczenie zarachowanych na rachunku jednostek likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu oraz oświadczenie o wyborze funduszu, na którego jednostki ma być przeliczana część składki ubezpieczeniowej dotychczas podlegająca alokacji w jednostki likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
 - 4) nazwę ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego znajdującego się w ofercie Towarzystwa, na którego jednostki zostaną przeliczone zarachowane na rachunku jednostki likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz na którego jednostki będzie przeliczana część składki ubezpieczeniowej dotychczas podlegająca alokacji w jednostki likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w razie nieotrzymania przez Towarzystwo odmiennej dyspozycji, o której mowa powyżej (domyślny fundusz docelowy).

3. Domyślny fundusz docelowy będzie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są, zgodnie z najlepszą wiedzą Towarzystwa, najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
4. W dniu likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jednostki likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zarachowane na rachunku zostaną przeliczone na jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wskazanego zgodnie z pkt 2 ppkt 3 albo na jednostki domyślnego funduszu docelowego, z zastrzeżeniem, że przeliczenie nie może mieć miejsca na jednostki Funduszu Gwarantowanego oraz z uwzględnieniem warunków i ograniczeń wynikających z umowy ubezpieczenia. Jeżeli wskazanie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie będzie spełniać tych warunków i ograniczeń, jednostki likwidowanego funduszu kapitałowego zostaną przeliczone na jednostki domyślnego funduszu docelowego. Postanowienia zdań poprzedzających stosuje się odpowiednio przy wyborze funduszu, na którego jednostki ma być przeliczana część składki ubezpieczeniowej dotychczas podlegająca alokacji w jednostki likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Wraz z przeliczeniem, o którym mowa w pkt 4, do ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, na którego jednostki będzie miało miejsce przeliczenie, zostanie przeniesiona odpowiednia część aktywów likwidowanego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
6. Do przeliczenia jednostek oraz wyboru funduszu, o których mowa w pkt 4, stosuje się odpowiednio postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące przeliczenia zarachowanych na rachunku jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu oraz zmiany proporcji podziału części składki pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, z tym że Towarzystwo nie pobiera żadnych opłat za dokonanie tych zmian. Przeliczenie jednostek oraz zmiana proporcji podziału części składki pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, o których mowa powyżej, nie pomniejszają też liczby operacji tego typu, które zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia są wykonywane bez pobrania opłaty.

IV. REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

1. Niniejszy Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych obejmuje charakterystykę aktywów wchodzących w skład poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, kryteria doboru aktywów i zasady ich dywersyfikacji oraz inne ograniczenia inwestycyjne, opisane odrębnie dla każdego z oferowanych funduszy kapitałowych.
2. Każdy z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych tworzą wyodrębnione pojęciowo aktywa Towarzystwa zbierane i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia. Wyodrębnione na powyższych zasadach aktywa pozostają wyłączną własnością Towarzystwa, które decyduje o formach, kierunkach i sposobach ich inwestowania, zarządzania, jak również przechowania. Ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony, ani inne osoby uprawnione z umowy ubezpieczenia nie mogą żądać wydzielenia poszczególnych aktywów przypisanych do danego funduszu.
3. Wszelkie koszty zewnętrzne wynikające z inwestowania i przechowywania aktywów funduszu, a w szczególności opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i dokonywanych przelewów, koszty związane z przeprowadzeniem wyceny oraz koszty bezpiecznego przechowywania aktywów przez podmioty zewnętrzne, opłaty wynikające z przepisów, w szczególności podatkowych, jak też postanowień zawartych umów ubezpieczenia, w szczególności opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, pomniejszają wartość aktywów funduszu.
4. Wysokość opłat za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, do których pobierania uprawnione jest Towarzystwo, ustalana jest odrębnie dla każdego funduszu, w odniesieniu do zawartych z Towarzystwem umów ubezpieczenia, z których tytułu na rachunki zarachowywane są jednostki danego funduszu. Opłaty pobierane są z aktywów danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podczas ich wyceny, a ich pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym wartości jednostki funduszu.
5. Opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi naliczane są od średniej rocznej wartości danego funduszu i wynoszą maksymalnie 5 proc. (pięć procent) tej średniej w skali roku dla danego funduszu. Informacje o wysokości opłat za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych opłat znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

6. Fundusz Akcji

Celem inwestycyjnym Funduszu Akcji jest uzyskanie w długim terminie wysokiego poziomu dochodu zgodnego ze wzrostem cen akcji spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami, mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Akcji jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Wartość jednostki funduszu może wykazywać bardzo wysoką zmienność i podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym. Ryzyko inwestycyjne funduszu jest ograniczane poprzez staranny dobór do funduszu akcji spółek reprezentujących różne branże oraz wysokie zdywersyfikowanie pakietu akcji. Głównym kryterium doboru akcji spółek do funduszu jest analiza fundamentalna uwzględniająca ocenę sytuacji ekonomiczno – finansowej i perspektyw rozwoju poszczególnych spółek i branż. Największą część funduszu stanowią akcje największych polskich spółek. Poziomą wartość jednostki funduszu w znacznym stopniu zależy od koniunktury na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Udział lokat w akcjach w wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

7. Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji

Celem inwestycyjnym Funduszu Dłużnego Aktywnej Selekcji jest stabilny i długoterminowy wzrost wartości jednostki Funduszu. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na

rachunkach bankowych. Aktywami Funduszu mogą być bezpośrednio lub pośrednio (poprzez inwestycje w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład Funduszu mogą wchodzić inne aktywa o charakterze dłużnym, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji jest funduszem o umiarkowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego. Aktywa Funduszu, w dominującym stopniu w sposób pośredni poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, lokowane są w dłużnych papierach wartościowych, zarówno skarbowych tj. emitowanych przez Skarb Państwa (i jego odpowiedniki w innych państwach należących do OECD) lub banki centralne państw należących do OECD, jak i nieskarbowych tj. emitowanych przez podmioty inne niż Skarb Państwa (i jego odpowiedniki w innych państwach należących do OECD) lub banki centralne państw należących do OECD. Lokowanie aktywów Funduszu w dłużnych papierach wartościowych, w tym długoterminowych obligacjach o stałym oprocentowaniu, oraz utrzymywanie części aktywów Funduszu w nieskarbowych dłużnych papierach wartościowych powoduje, że wartość jednostki Funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz zmian rynkowej wyceny wiarygodności kredytowej emitentów, których dłużne papiery wartościowe wchodziły w skład aktywów Funduszu. Pozostałą część aktywów Funduszu stanowią będą głównie środki pieniężne. Aktywa Funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat Funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów Funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny Funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego Funduszu, przy czym w przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów zaangażowania w poszczególne rodzaje aktywów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów Funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat Funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Udział nieskarbowych dłużnych papierów wartościowych w łącznej wartości aktywów Funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku tych papierów wartościowych oraz sytuacji poszczególnych emitentów.

Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych w tym nieskarbowych dłużnych papierów wartościowych, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych emitentów,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej ryzyka kredytowego poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

8. Fundusz Dynamiczny

Celem inwestycyjnym Funduszu Dynamicznego jest uzyskanie w długim terminie wysokiego poziomu dochodu głównie poprzez inwestycje na rynku akcji. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Dynamiczny jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Fundusz Dynamiczny wykazuje zmienne, wysokie, mogące sięgać całości aktywów zaangażowanie w akcje. Pozostała część funduszu inwestowana jest w dłużne instrumenty finansowe. Fundusz zarządzany jest aktywnie. Poziom zaangażowania w akcje jest zmienny i wynika z przewidywanego stanu koniunktury na rynku akcji. Wysokie ryzyko inwestycyjne związane z możliwością wystąpienia spadków cen akcji oraz ze zmiennością zaangażowania funduszu w akcje jest ograniczane poprzez staranny dobór do funduszu akcji spółek reprezentujących różne branże oraz wysokie zdwywersyfikowanie pakietu akcji. Głównym kryterium doboru spółek do funduszu jest analiza fundamentalna uwzględniająca ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej i perspektyw rozwoju poszczególnych spółek i branż. Wartość jednostki funduszu w znacznym stopniu zależy od stanu koniunktury na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Udział lokat w akcjach w wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

9. Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji

Celem inwestycyjnym Funduszu Dynamicznego Aktywnej Selekcji jest uzyskanie w długim terminie wysokiego poziomu dochodu głównie poprzez inwestycje na rynku akcji. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być bezpośrednio lub pośrednio (poprzez inwestycje w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w akcjach, w dominującym stopniu w sposób pośredni, poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o charakterze akcyjnym. Pozostałą część

aktywów funduszu stanowiąc będą głównie środki pieniężne. Wysokie ryzyko inwestycyjne związane z możliwością wystąpienia spadków cen akcji jest ograniczane poprzez staranny dobór akcji spółek reprezentujących różne branże oraz wysokie zdwywersyfikowanie pakietu akcji. Głównym kryterium doboru spółek do funduszu jest analiza fundamentalna uwzględniająca ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej i perspektyw rozwoju poszczególnych spółek i branż. Wartość jednostki funduszu w znacznym stopniu zależy od stanu koniunktury na rynkach akcji.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu, przy czym w przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów zaangażowania w poszczególne rodzaje aktywów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Udział lokat w akcjach w wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

10. Fundusz Gwarancji Zysku

Celem inwestycyjnym Funduszu Gwarancji Zysku jest uzyskanie wyników inwestycyjnych zapewniających dochód porównywalny z innymi bezpiecznymi formami oszczędzania.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w dłużnych papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski lub inne podmioty, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Gwarancji Zysku niezależnie od koniunktury na rynkach finansowych zapewnia stały i bezpieczny dochód. Towarzystwo gwarantuje przyrost wartości jednostki funduszu określony procentowo w skali rocznej (gwarantowana stopa zwrotu) dla wskazanego okresu (okres gwarancji), przy czym okres ten nie może być krótszy niż kwartał kalendarzowy. Gwarantowana stopa zwrotu dla pierwszego okresu gwarancji i jego długość są ogłaszane nie później niż w dniu utworzenia funduszu. Towarzystwo jest zobowiązane do podania gwarantowanej stopy zwrotu na kolejny okres. Dla kolejnych okresów Towarzystwo ogłasza gwarantowaną stopę zwrotu i okres jej obowiązywania co najmniej 14 dni przez zakończeniem bieżącego okresu gwarancji. Ogłoszenia dotyczące gwarantowanej stopy zwrotu i okresu gwarancji są publikowane na stronie internetowej Towarzystwa.

Gwarantowana stopa zwrotu obowiązująca w danym okresie gwarancji może być zmieniona przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia nadzwyczajnych zdarzeń takich jak:

- 1) działanie siły wyższej,
- 2) zmiana przepisów prawa w sposób skutkujący niemożnością zapewnienia dotychczasowej gwarantowanej stopy zwrotu,
- 3) niezdolność Skarbu Państwa lub Narodowego Banku Polskiego do terminowego regulowania swoich zobowiązań z tytułu wyemitowanych papierów wartościowych,

- 4) podjęcie przez uprawnione organy administracji rządowej bądź inne upoważnione podmioty do wprowadzenia administracyjnej kontroli kursów walutowych.

Ogłoszenie o zmianie gwarantowanej stopy zwrotu publikowane będzie na stronie internetowej Towarzystwa nie później niż w dniu poprzedzającym dzień dokonania zmiany i zawierać będzie wysokość nowej gwarantowanej stopy zwrotu. Nowa gwarantowana stopa zwrotu obowiązywać będzie do końca bieżącego okresu gwarancji.

Fundusz lokuje środki finansowe w taki sposób, aby osiągnąć gwarantowaną stopę zwrotu i jednocześnie zapewnić jak największy stopień bezpieczeństwa przy jednoczesnym zachowaniu niezbędnej płynności środków. Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do czasowego zawieszenia możliwości przeliczenia jednostek funduszu na jednostki Funduszu Gwarancji Zysku. W okresie czasowego zawieszenia w przypadku wniosku Ubezpieczającego o przeliczenie jednostek funduszu na jednostki Funduszu Gwarancji Zysku Towarzystwo dokona przeliczenia zamieniając udział Funduszu Gwarancji Zysku na udział domyślnego funduszu docelowego.

Domyślny fundusz docelowy będzie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którego cel inwestycyjny oraz strategia lokowania aktywów są, zgodnie z najlepszą wiedzą Towarzystwa, najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz strategii lokowania aktywów czasowo zawieszono ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Ogłoszenie o czasowym zawieszeniu możliwości zmiany funduszu publikowane będzie na stronie internetowej Towarzystwa nie później niż w dniu poprzedzającym dzień dokonania zawieszenia i zawierać będzie nazwę domyślnego funduszu docelowego, który będzie używany do zmiany funduszu w okresie czasowego zawieszenia.

Czasowe zawieszenie możliwości zmiany funduszu może nastąpić w przypadku:

- 1) ogłoszenia zaplanowanej likwidacji funduszu lub
- 2) gwałtownego i istotnego spadku poziomu stóp procentowych na rynku (identyfikowanego przez spadek rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa notowanych na rynku wtórnym lub spadek stopy referencyjnej złotego określanej przez bank centralny).

11. Fundusz Gwarantowany

Celem inwestycyjnym Funduszu Gwarantowanego jest uzyskanie wyników inwestycyjnych zapewniających dochód porównywalny z innymi bezpiecznymi formami oszczędzania.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, akcjach, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, listach zastawnych, pożyczkach, nieruchomościach lub ich częściach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Gwarantowany jest funduszem o bezpiecznym profilu inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w dłużnych papierach wartościowych. Tylko nieznaczną część aktywów funduszu stanowią akcje. Proporcje pomiędzy wartościami lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów oraz dobór poszczególnych aktywów do funduszu uzależniony jest przede wszystkim od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku finansowych instrumentów dłużnych oraz na rynku akcji. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,

- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,

- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

Ryzyko obniżenia wartości jednostki funduszu ponoszone jest przez Towarzystwo. Towarzystwo gwarantuje, że wartość jednostki funduszu na dany dzień wyceny nie będzie niższa niż wartość jednostki funduszu ustalona na poprzedni dzień wyceny.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

12. Fundusz Międzynarodowy

Celem inwestycyjnym Funduszu Międzynarodowego jest długoterminowy wzrost wartości jednostki poprzez inwestycje na rynkach finansowych w kraju i za granicą. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na obszarze Polski, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, certyfikatach inwestycyjnych, akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Międzynarodowy jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane w znaczącym stopniu w akcjach notowanych na rynkach zagranicznych oraz w tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, w których w skład aktywów wchodzi głównie akcje notowane na rynkach zagranicznych. Pozostałe aktywa funduszu lokowane są głównie w akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. oraz w dłużnych instrumentach finansowych. Wartość jednostki funduszu może wykazywać wysoką zmienność i podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym. Poziom wartości jednostki funduszu w znacznym stopniu zależy od koniunktury na rynkach akcji w kraju i na świecie oraz wahań kursów wymiany złotego wobec euro, dolara amerykańskiego i innych walut obcych.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Udział lokat w zagranicznych instrumentach finansowych oraz w akcjach w wartości aktywów funduszu uzależniony jest głównie od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na światowych rynkach akcji oraz prognozowanej relacji złotego do euro i dolara amerykańskiego oraz innych walut obcych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynkach światowych akcji oraz rynku dłużnych papierów wartościowych, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych i innych instrumentów finansowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej poszczególnych krajów i regionów,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) bieżąca i prognozowana relacja złotego do euro i dolara amerykańskiego oraz innych walut obcych,
- 7) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

13. Fundusz Pieniężny

Celem inwestycyjnym Funduszu Pieniężnego jest uzyskanie wyników inwestycyjnych zapewniających dochód porównywalny z innymi bezpiecznymi formami oszczędzania. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych i środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne dłużne instrumenty finansowe, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Pieniężny jest funduszem o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego. Aktywa funduszu są lokowane w dłużnych instrumentach finansowych. W skład aktywów wchodzi głównie instrumenty finansowe rynku pieniężnego. Lokowanie aktywów funduszu głównie w dłużnych instrumentach finansowych rynku pieniężnego powoduje, że tempo wzrostu wartości jednostki funduszu jest uzależnione od poziomu rynkowych stóp procentowych. Znaczącą część aktywów funduszu mogą stanowić dłużne papiery wartościowe emitowane przez przedsiębiorstwa, co wiąże się z wystąpieniem ryzyka związanego z pogorszeniem sytuacji finansowej emitenta. W szczególności utrata płynności lub ogłoszenie niewypłacalności może spowodować niespłacenie przez emitenta w terminie odsetek lub niedokonanie wykupu wyemitowanych dłużnych papierów wartościowych, co może spowodować obniżenie wartości dłużnych papierów wartościowych tego emitenta i spadek wartości jednostki funduszu.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmuje działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku pieniężnym oraz rynku dłużnych papierów wartościowych, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz o doborze finansowych instrumentów dłużnych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,

- 2) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 3) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 4) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

14. Fundusz Spółek Dywidendowych

Celem inwestycyjnym Funduszu Spółek Dywidendowych jest uzyskanie w długim terminie wysokiego poziomu dochodu głównie poprzez inwestycje w akcje spółek wypłacających dywidendy. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być bezpośrednio lub pośrednio (poprzez inwestycje w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Spółek Dywidendowych jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w akcjach spółek wypłacających dywidendy, w dominującym stopniu w sposób pośredni, poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o charakterze akcyjnym lokujących aktywa głównie w akcjach takich spółek. Wysokie ryzyko inwestycyjne związane z możliwością wystąpienia spadków cen akcji jest ograniczane poprzez staranny dobór akcji spółek reprezentujących różne branże gospodarcze. Głównym kryterium doboru spółek do funduszu jest analiza fundamentalna uwzględniająca ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej, perspektywy rozwoju poszczególnych spółek i branż gospodarczych oraz ocena spodziewanych poziomów dywidend dla poszczególnych spółek. Dochody z dywidend wypłacanych przez spółki powiększają aktywa funduszu i są inwestowane zgodnie z jego strategią. Wartość jednostki funduszu w znacznym stopniu zależy od stanu koniunktury na rynkach akcji.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu, przy czym w przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów zaangażowania w poszczególne rodzaje aktywów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmuje działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Udział lokat w akcjach w wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji oraz rynku finansowych instrumentów dłużnych, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) ocena spodziewanych poziomów dywidend dla poszczególnych spółek i rynków akcji,
- 3) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 4) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 5) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 6) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 7) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

15. Fundusz Stabilnego Wzrostu

Celem inwestycyjnym Funduszu Stabilnego Wzrostu jest stabilny i długoterminowy wzrost wartości jednostki funduszu. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, akcjach, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Stabilnego Wzrostu jest funduszem o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego. Aktywa funduszu są lokowane głównie w dłużnych papierach wartościowych. Lokowanie aktywów funduszu głównie w dłużnych papierach wartościowych, w tym długoterminowych obligacjach o stałym oprocentowaniu, oraz utrzymywanie części aktywów funduszu w akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. powoduje, że wartość jednostki funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz stanu koniunktury na rynku akcji.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Udział wartości akcji w łącznej wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

16. Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji

Celem inwestycyjnym Funduszu Stabilnego Aktywnej Selekcji jest stabilny i długoterminowy wzrost wartości jednostki funduszu. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być bezpośrednio lub pośrednio (poprzez inwestycje w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami

w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji jest funduszem o średnim poziomie ryzyka inwestycyjnego. Aktywa funduszu, w dominującym stopniu w sposób pośredni poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, lokowane są głównie w dłużnych papierach wartościowych. Lokowanie aktywów funduszu głównie w dłużnych papierach wartościowych, w tym długoterminowych obligacjach o stałym oprocentowaniu, oraz utrzymywanie części aktywów funduszu w akcjach powoduje, że wartość jednostki funduszu może wykazywać zmienność i podlegać tendencjom spadkowym w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz stanu koniunktury na rynku akcji. Pozostałą część aktywów funduszu stanowią będą głównie środki pieniężne.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu, przy czym w przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów zaangażowania w poszczególne rodzaje aktywów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Udział wartości akcji w łącznej wartości aktywów funduszu uzależniony jest od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

17. Fundusz Zrównoważony

Celem inwestycyjnym Funduszu Zrównoważonego jest długoterminowy wzrost wartości jednostki funduszu poprzez inwestycje w akcje i dłużne instrumenty finansowe. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Zrównoważony jest funduszem o średnim poziomie ryzyka inwestycyjnego charakterystycznym dla funduszy typu zrównoważonego. Aktywa funduszu są lokowane głównie w dłużnych papierach wartościowych, w tym długoterminowych obligacjach o stałym oprocentowaniu, oraz akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., co może spowodować istotne zmiany wartości jednostki funduszu oraz podleganie tendencjom spadkowym w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz stanu koniunktury na rynku akcji.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów

funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Aktywa funduszu mogą być lokowane bezpośrednio w papierach wartościowych, instrumentach finansowych niebędących papierami wartościowymi oraz innych aktywach lub pośrednio – w certyfikatach inwestycyjnych, jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą.

Proporcje między lokatami aktywów funduszu w akcjach i dłużnych papierach wartościowych uzależnione są od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

18. Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji

Celem inwestycyjnym Funduszu Zrównoważonego Aktywnej Selekcji jest długoterminowy wzrost wartości jednostki funduszu poprzez inwestycje w akcje i dłużne instrumenty finansowe. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia wyżej określonego celu.

Aktywa funduszu mogą być lokowane w certyfikatach inwestycyjnych lub jednostkach uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, akcjach, dłużnych papierach wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa lub inne podmioty, listach zastawnych, pożyczkach, depozytach bankowych oraz środkach pieniężnych, w tym zgromadzonych na rachunkach bankowych. Aktywami funduszu mogą być bezpośrednio lub pośrednio (poprzez inwestycje w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne. Poza wyżej wymienionymi aktywami w skład funduszu mogą wchodzić inne aktywa, które zgodnie z obowiązującymi przepisami mogą stanowić pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych.

Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji jest funduszem o podwyższonym poziomie ryzyka inwestycyjnego. Aktywa funduszu, w dominującym stopniu w sposób pośredni poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, lokowane są głównie w akcjach oraz dłużnych papierach wartościowych, w tym długoterminowych obligacjach o stałym oprocentowaniu, co może spowodować istotne zmiany wartości jednostki funduszu oraz podleganie tendencjom spadkowym w zależności od zmian poziomu rynkowych stóp procentowych oraz stanu koniunktury na rynku akcji. Pozostałą część aktywów funduszu stanowią będą głównie środki pieniężne.

Aktywa funduszu lokowane są z zachowaniem zasad dywersyfikacji i ograniczeń inwestycyjnych określonych w obowiązujących przepisach. Towarzystwo określa minimalny i maksymalny udział wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów w łącznej wartości aktywów funduszu, biorąc pod uwagę cel inwestycyjny funduszu oraz profil ryzyka inwestycyjnego funduszu, przy czym w przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów zaangażowania w poszczególne rodzaje aktywów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

Informacje o obowiązujących na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia limitach udziału wartości lokat funduszu w poszczególnych rodzajach aktywów znajdują się w załączniku do niniejszego Regulaminu. Informacje o aktualnej wartości tych limitów znajdują się na stronie internetowej Towarzystwa, są dostępne w siedzibie Towarzystwa oraz można je uzyskać korzystając z infolinii Towarzystwa.

Proporcje między lokatami aktywów funduszu w akcjach i dłużnych papierach wartościowych uzależnione są od oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku dłużnych papierów wartościowych oraz rynku akcji, służącej podjęciu decyzji o lokowaniu środków w poszczególnych rodzajach aktywów oraz doborze papierów wartościowych, stosowane są głównie:

- 1) analiza sytuacji gospodarczej kraju,
- 2) analiza fundamentalna uwzględniająca obecną i prognozowaną sytuację ekonomiczno-finansową i pozycję rynkową poszczególnych spółek,
- 3) bieżący i prognozowany poziom rynkowych stóp procentowych oraz stopy inflacji,
- 4) ocena możliwości wzrostu cen papierów wartościowych,
- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,
- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewypłacalności emitentów.

V. ZASADY TWORZENIA I UMARZANIA JEDNOSTEK UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH ORAZ ZASADY I TERMINY ICH WYCENY

Użyte poniżej sformułowania, oznaczają:

Fundusz – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;

Wartość Aktywów Netto Funduszu – wartość aktywów funduszu pomniejszona o jego zobowiązania;

Dzień Wyceny – dzień, na który dokonuje się wyceny aktywów funduszu, ustalenia Wartości Aktywów Netto Funduszu oraz ustalenia Wartości Aktywów Netto na jednostkę funduszu;

Rynek Aktywny – rynek spełniający łącznie następujące kryteria:

- a) instrumenty, będące przedmiotem obrotu na rynku są jednorodne,
- b) zazwyczaj w każdym czasie występują zainteresowani nabywcy i sprzedawcy,
- c) ceny są podawane do publicznej wiadomości;

Rynek Regulowany – zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi, przez Rynek Regulowany rozumie się działający w sposób stały system obrotu instrumentami finansowymi dopuszczonymi do tego obrotu, zapewniający inwestorom powszechny i równy dostęp do informacji rynkowej w tym samym czasie przy kojarzeniu ofert nabycia i zbycia instrumentów finansowych, oraz jednakowe warunki nabywania i zbywania tych instrumentów, zorganizowany i podlegający nadzorowi właściwego organu na zasadach określonych w przepisach ustawy, jak również uznany przez państwo członkowskie za spełniający te warunki, i wskazany Komisji Europejskiej jako rynek regulowany.

1. Jednostki funduszu są tworzone w momencie wprowadzenia aktywów do funduszu. Wartość aktywów dodanych do zasobów funduszu nie może być mniejsza niż iloczyn liczby tworzonych jednostek oraz wartości jednostki obowiązującej w dniu ich tworzenia, z uwzględnieniem koniecznych zaokrągleń.
2. Umorzenie jednostek funduszu jest związane ze zmniejszeniem aktywów funduszu. Wartość aktywów wycofanych z funduszu nie może być wyższa niż iloczyn liczby umorzonych jednostek oraz wartości jednostki obowiązującej w dniu ich umorzenia, z uwzględnieniem koniecznych zaokrągleń.
3. Wartość jednostek Funduszu Gwarantowanego i Funduszu Gwarancji Zysku jest określana na każdy dzień. Wartość jednostek pozostałych funduszy jest określana na każdy dzień roboczy oraz na każdy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, i tak ustalona obowiązuje do najbliższego dnia, na który jest określana. W niniejszym Regulaminie przez dzień roboczy rozumie się każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
4. Wycena jednostek funduszu dokonywana jest najpóźniej w pierwszym dniu roboczym po dniu, na który ustalana jest wartość tych jednostek.
5. Dokonując wyceny jednostek funduszu, Towarzystwo stosuje zasady opisane szczegółowo poniżej, odrębnie ustalone dla Funduszu Gwarantowanego i Funduszu Gwarancji Zysku oraz dla pozostałych funduszy.
6. **Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena jednostek Funduszu Gwarantowanego**
 - a) Wartość aktywów i zobowiązań funduszu jest ustalana w każdym Dniu Wyceny z dokładnością do jednego grosza.
 - b) Wartość Aktywów Netto Funduszu jest równa wartości wszystkich aktywów funduszu w dniu, na który dokonywana jest wycena aktywów funduszu, pomniejszona o zobowiązania funduszu ustalone na ten dzień. W szczególności aktywa funduszu są pomniejszane

o wszelkie koszty zewnętrzne wynikające z inwestowania i przechowywania aktywów funduszu, w tym opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i dokonywanych przelewów, koszty związane z przeprowadzeniem wyceny oraz koszty bezpiecznego przechowywania aktywów przez podmioty zewnętrzne, opłaty wynikające z obowiązujących przepisów, w szczególności podatkowych, jak też z postanowień zawartych umów ubezpieczenia, w tym opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

- c) Wartość jednostek funduszu ustala się przy zastosowaniu rynkowych stóp procentowych z uwzględnieniem Wartości Aktywów Netto Funduszu na jednostkę funduszu. Obowiązująca wartość jednostek funduszu nie odzwierciedla w pełni zysków inwestycyjnych osiągniętych z aktywów funduszu, ani ewentualnych strat. Dochody inwestycyjne częściowo przekładają się na wzrost wartości jednostek funduszu, jednak ich część przeznaczona jest na pokrycie ewentualnych strat, co pozwala na zwiększanie wartości jednostek w okresach gorszej koniunktury na rynkach finansowych i zapobiega zmniejszeniu się jej wartości w tym okresie oraz zapewnia bardziej równomierny jej wzrost.
- d) Towarzystwo gwarantuje, że wartość jednostek funduszu na dany Dzień Wyceny nie będzie niższa niż ich wartość na poprzedni Dzień Wyceny.
- e) Towarzystwo ponosi ryzyko, że Wartość Aktywów Netto Funduszu przeliczona przez liczbę jednostek w Dniu Wyceny będzie niższa niż wartość jednostek funduszu. Ewentualny niedobór jest pokrywany aktywami Towarzystwa.

7. Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena jednostek Funduszu Gwarancji Zysku

- a) Wartość aktywów i zobowiązań funduszu jest ustalana w każdym Dniu Wyceny z dokładnością do jednego grosza.
- b) Wartość Aktywów Netto Funduszu jest równa wartości wszystkich aktywów funduszu w dniu, na który dokonywana jest wycena aktywów funduszu, pomniejszona o zobowiązania funduszu ustalone na ten dzień. W szczególności aktywa funduszu są pomniejszane o wszelkie koszty zewnętrzne wynikające z inwestowania i przechowywania aktywów funduszu, w tym opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i dokonywanych przelewów, koszty związane z przeprowadzeniem wyceny oraz koszty bezpiecznego przechowywania aktywów przez podmioty zewnętrzne, opłaty wynikające z obowiązujących przepisów, w szczególności podatkowych, jak też z postanowień zawartych umów ubezpieczenia, w tym opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
- c) Wartość jednostek funduszu ustala się przy zastosowaniu gwarantowanej stopy zwrotu obowiązującej w okresie gwarancji.
- d) Przyrost wartości jednostek funduszu jest stały w okresie gwarancji i zależy od wysokości gwarantowanej stopy zwrotu.
- e) Wartość jednostek funduszu na dany Dzień Wyceny nie będzie niższa niż ich wartość na poprzedni Dzień Wyceny.

8. Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena jednostek funduszy innych niż fundusze z gwarancją

- a) Wartość aktywów i zobowiązań funduszu jest ustalana w każdym Dniu Wyceny z dokładnością do jednego grosza.
- b) Wartość Aktywów Netto Funduszu jest równa wartości wszystkich aktywów funduszu w dniu, na który dokonywana jest wycena aktywów funduszu, pomniejszona o zobowiązania funduszu ustalone na ten dzień. W szczególności aktywa funduszu są pomniejszane o wszelkie koszty zewnętrzne wynikające z inwestowania i przechowywania aktywów funduszu, w tym opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i dokonywanych przelewów, koszty związane z przeprowadzeniem wyceny oraz koszty bezpiecznego przechowywania aktywów przez podmioty zewnętrzne, opłaty wynikające z obowiązujących przepisów, w szczególności podatkowych, jak też z postanowień zawartych umów ubezpieczenia, w tym opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
- c) Wartość jednostek funduszu ustala się dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez liczbę jednostek w Dniu Wyceny z uwzględnieniem kosztów zakupu i sprzedaży papierów wartościowych. Wartość jednostek funduszu jest podawana z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

9. Zasady wyceny aktywów

- a) Aktywa funduszu wycenia się, a zobowiązania funduszu ustala się według wiarygodnie oszacowanej wartości godziwej.
- b) Aktywa funduszu mogą być inwestowane w sposób pośredni poprzez inwestycje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, a także w sposób bezpośredni w papiery wartościowe, instrumenty finansowe i inne aktywa. Szczegółowe informacje o funduszach inwestycyjnych, których jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne wchodzi w skład aktywów funduszy zarządzanych przez Towarzystwo, można znaleźć w prospektach informacyjnych tych funduszy inwestycyjnych dostępnych w siedzibie Towarzystwa i na stronie internetowej www.aviva.pl.
- c) Papiery wartościowe, instrumenty finansowe nie będące papierami wartościowymi i inne aktywa wycenia się wg poniższych zasad:

- i) Składniki lokat funduszu notowane na rynku regulowanym
Instrumenty finansowe notowane na Rynku Aktywnym wycenia się wg kursu zamknięcia z Dnia Wyceny.

Jeżeli instrument finansowy jest notowany na więcej niż jednym Rynku Regulowanym, Towarzystwo dokonuje wyboru rynku głównego na podstawie wolumenu obrotów w miesiącu poprzedzającym miesiąc wyceny.

Pozostałe składniki lokat funduszu wycenia się według ostatniego dostępnego w momencie dokonywania wyceny ustalonego na Rynku Aktywnym kursu, przy czym jeżeli dany rynek wyznacza kurs zamknięcia lub inną wartość stanowiącą jego odpowiednik, to wycena następuje według tego kursu lub wartości.

- ii) Składniki lokat funduszu nienotowane na rynku regulowanym
Jednostki uczestnictwa nienotowane na Rynku Aktywnym wycenia się według ostatniej, ogłoszonej przez dany fundusz lub właściwą instytucję, wartości aktywów netto funduszu na jednostkę skorygowaną o ewentualne, znane funduszowi zmiany wartości godziwej, jakie wystąpiły od momentu ogłoszenia do Dnia Wyceny.

Dłużne papiery wartościowe nienotowane na rynku regulowanym wycenia się ustalając ich wartość godziwą, którą szacuje się przy zastosowaniu stopy rentowności w terminie do wykupu.

Bony skarbowe wycenia się ustalając ich wartość godziwą, którą szacuje się przy zastosowaniu rynkowych stóp rentowności bonów skarbowych.

Depozyty wycenia się według skorygowanej ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości.

Pozostałe składniki lokat funduszu nienotowane na aktywnym rynku wyceniane są według wiarygodnie ustalonej wartości godziwej na podstawie oszacowania wartości składnika lokat funduszu za pomocą powszechnie uznanych metod estymacji i stosowanych przez inne podmioty rynku finansowego.

10. Powyższe sposoby wyceny mogą oznaczać w praktyce następujące metody wyceny dla poszczególnych instrumentów finansowych:

- 1) akcje, obligacje lub inne instrumenty finansowe – zgodnie z ceną ustaloną przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. lub BondSpot S.A. lub inną wiarygodną instytucję finansową,
- 2) jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego – zgodnie z ceną wyliczoną przez zarządzającego funduszem,
- 3) akcje, prawa do akcji lub obligacji – zgodnie z ceną innej emisji lub papieru podobnego,
- 4) instrumenty pochodne – zgodnie z ceną teoretyczną tego instrumentu,
- 5) obligacje z wbudowanym dodatkowym ryzykiem (premią) – zgodnie z wartością obligacji bez tego ryzyka pomniejszoną (powiększoną) o wycenę tego ryzyka (premię),
- 6) obligacje nienotowane lub notowane, których cena giełdowa nie jest wiarygodna – zgodnie z wartością wyliczoną matematycznie na podstawie cen z rynku pierwotnego lub wtórnego innych obligacji o podobnej konstrukcji,
- 7) instrumenty dłużne – zgodnie z wartością amortyzacji różnicy pomiędzy kosztem nabycia i wartością wykupu.

11. Wartość jednostek Funduszu Dynamicznego Aktywnej Selekcji, Funduszu Zrównoważonego Aktywnej Selekcji, Funduszu Stabilnego Aktywnej Selekcji, Funduszu Dłużnego Aktywnej Selekcji nie jest ustalana, jeżeli z przyczyn niezależnych od Towarzystwa nie można dokonać wiarygodnej

wyceny istotnej części aktywów danego funduszu. W takim przypadku – przez okres, w jakim nie jest możliwe ustalenie wartości jednostek danego funduszu – nie są tworzone ani umarzone jednostki tego funduszu, a co za tym idzie w umowie ubezpieczenia nie są dokonywane operacje, które wymagają utworzenia lub umorzenia jednostek tego funduszu. Towarzystwo może zawiesić dokonywanie tych operacji również wtedy, gdy zostało zawieszona zbywanie lub odkupywanie jednostek uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytułów uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, za pośrednictwem których lokowane są aktywa danego funduszu – na czas trwania tych ograniczeń. Operacje, o których mowa powyżej, mają miejsce niezwłocznie po ustaniu powyższych przeszkód.

Niniejszy Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych został przyjęty uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 13 marca 2013 roku i wszedł w życie 15 kwietnia 2013 roku.

ZAŁĄCZNIK

Limity udziału wartości lokat funduszy w poszczególnych rodzajach aktywów

Poniższe limity dotyczą zarówno inwestycji bezpośrednich w papiery wartościowe, instrumenty finansowe nie będące papierami wartościowymi oraz inne aktywa, jak i inwestycji pośrednich – w certyfikaty inwestycyjne, jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą. W przypadku inwestycji pośrednich przy stosowaniu limitów brane są pod uwagę strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania.

Limity zaangażowania w akcje oraz dłużne papiery wartościowe i inne dłużne instrumenty finansowe

	Akcje		Dłużne papiery wartościowe i inne dłużne instrumenty finansowe	
	Min.	Maks.	Min.	Maks.
Fundusz Akcji	70 proc.	100 proc.	0 proc.	30 proc.
Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji	0 proc.	0 proc.	100 proc.	100 proc.
Fundusz Dynamiczny	50 proc.	100 proc.	0 proc.	50 proc.
Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji	60 proc.	100 proc.	0 proc.	40 proc.
Fundusz Gwarancji Zysku	0 proc.	0 proc.	100 proc.	100 proc.
Fundusz Gwarantowany	0 proc.	10 proc.	85 proc.	100 proc.
Fundusz Międzynarodowy ¹⁾	40 proc.	100 proc.	0 proc.	60 proc.
Fundusz Pieniężny	0 proc.	0 proc.	100 proc.	100 proc.
Fundusz Spółek Dywidendowych	70 proc.	100 proc.	0 proc.	30 proc.
Fundusz Stabilnego Wzrostu	0 proc.	20 proc.	80 proc.	100 proc.
Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji	15 proc.	50 proc.	50 proc.	85 proc.
Fundusz Zrównoważony	30 proc.	60 proc.	40 proc.	70 proc.
Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji	30 proc.	70 proc.	30 proc.	70 proc.

¹⁾ Limity udziału lokat w akcje krajowe oraz akcje zagraniczne w łącznej wartości aktywów Funduszu Międzynarodowego

	Akcje krajowe		Akcje zagraniczne	
	Min.	Maks.	Min.	Maks.
Fundusz Międzynarodowy	10 proc.	40 proc.	30 proc.	80 proc.

Limity udziału nieruchomości w łącznej wartości aktywów

Funduszu Gwarantowanego

	Nieruchomości	
	Min.	Maks.
Fundusz Gwarantowany	0 proc.	5 proc.

Wysokość opłat za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi obowiązująca od 15.04.2013 r.

Fundusz Akcji	3,25 proc. ³⁾
Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji	0 proc. ²⁾
Fundusz Dynamiczny	3,25 proc. ³⁾
Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji	0 proc. ²⁾
Fundusz Gwarancji Zysku	1,25 proc. ³⁾
Fundusz Gwarantowany	2 proc. ³⁾
Fundusz Międzynarodowy	2,5 proc. ³⁾
Fundusz Pieniężny	1,5 proc. ³⁾
Fundusz Spółek Dywidendowych	3 proc. ³⁾
Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,25 proc. ³⁾
Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji	0 proc. ²⁾
Fundusz Zrównoważony	2,75 proc. ³⁾
Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji	0 proc. ²⁾

²⁾ W związku z inwestowaniem pośrednim w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych mających siedzibę na obszarze Polski albo tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą i pobieraniem opłat za zarządzanie tymi aktywami przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub ww. instytucje.

³⁾ W razie inwestycji pośrednich w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa emitowane lub zbywane przez fundusze inwestycyjne zarządzane przez Aviva Investors Poland Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. opłata za zarządzanie i administrację danym ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przewidziana w powyższej tabeli zostanie pomniejszona o pobierane przez to towarzystwo funduszy inwestycyjnych opłaty i wynagrodzenie w związku z takim sposobem inwestowania aktywów funduszu.

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym
Opiekun Nr PGOF/2016/1 (PD201601)

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu oraz nr strony wzorca umownego	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Warunki ogólne umowy głównej	§ 7 ust. 1, 2, 3, 4 (str. 7), § 10 ust. 1 (str. 5), § 18 (str. 6), § 20 (str. 7), § 22 (str. 7), § 24 ust. 3 (str. 8)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/SNW/2016/1	§ 2 (str. 10), § 7 (str. 11)
	śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZU/2016/1	§ 2 (str. 12), § 7 (str. 13)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIN/2016/1	§ 2 (str. 14), § 7 (str. 15)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUZ/2016/1	§ 2 (str. 16), § 7 (str. 16)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/TU1/2016/1	§ 2 (str. 18), § 7 (str.19)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/TU2/2016/1	§ 2 (str. 20), § 7 (str.21)

powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/NPW/2016/1	§ 2 (str. 22), § 7 (str. 23)
leczenia szpitalnego nr PGOF/L2K/2016/1	§ 2 ust.1-3 (str. 24), § 2 ust. 7-10 (str. 24), § 7 (str. 25)
leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3K/2016/1	§ 2 ust. 1-4 (str. 26), § 2 ust. 7-12 (str. 26), § 7 (str. 27)
rekonwalescencji nr PGOF/REK/2016/1	§ 2 (str. 28), § 6 (str. 29)
świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGOF/HCB/2016/1	§ 2 ust.1-4 (str. 29), § 2 ust. 12-14 (str. 30), § 7 ust. 1-6 (str. 31)
poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGOF/NPZ/2016/1	§ 2 (str. 47), § 7 (str. 49)
osierocenia dziecka uczestnika nr PGOF/ZOD/2016/1	§ 2 (str. 50), § 7 (str. 51)
śmierci małżonka uczestnika nr PGOF/ZMK/2016/1	§ 2 (str. 52), § 6 (str. 53)
śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/ZMW/2016/1	§ 2 (str. 54), § 6 (str. 54)
śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nr PGOF/ZPM/2016/1	§ 2 (str. 55), § 7 (str. 56)

śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZM/2016/1	§ 2 (str. 57), § 7 (str. 58)
śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGOF/ZKM/2016/1	§ 2 (str. 59), § 7 (str. 60)
kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIM/2016/1	§ 2 ust.1, 2 (str. 60), § 7 (str. 62)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUM/2016/1	§ 2 ust.1, 2 (str. 63), § 7 (str. 64)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/T1M/2016/1	§ 2 ust. 1, 2 (str. 65), § 7 (str. 66)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/T2M/2016/1	§ 2 ust. 1, 2 (str. 67), § 7 (str. 68)
leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/LM2/2016/1	§ 2 (str. 69), § 7 (str. 70)
leczenia szpitalnego małżonka uczestnika nr PGOF/L2M/2016/1	§ 2 ust. 1-3 (str. 71), ust. 6-10 (str. 72), § 7 (str. 72)
leczenia szpitalnego małżonka uczestnika w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3M/2016/1	2 ust. 1-4 (str. 74), § 2 ust. 7-12 (str. 74), § 7 (str. 75)
rekonwalescencji małżonka uczestnika nr PGOF/REM/2016/1	§ 2 (str. 76) , § 6 (str.77)

świadczenia szpitalnego małżonka uczestnika „Zdrowe Życie” nr PGOF/HBM/2016/1	§ 2 ust. 1-4 (str. 78), § 2 ust. 13-15 (str. 78), § 7 ust. 1-6 (str. 79)
poważnego zachorowania małżonka uczestnika nr PGOF/PZM/2016/1	§ 2 (str. 81), § 7 (str. 83)
śmierci dziecka – wariant rozszerzony nr PGOF/ZDR/2016/1	§ 2 ust. 1-2 (str. 84), § 6 (str. 85)
poważnego zachorowania dziecka uczestnika nr PGOF/PDK/2016/1	§ 2 (str. 86), § 7 (str. 87)
urodzenia się dziecka nr PGOF/UDK/2016/1	§ 2 (str. 87), § 3 ust. 3, 4, 6 (str. 88), § 4 (str. 88)
urodzenia dziecka martwego lub poronienia nr PGOF/ZNK/2016/1	§ 2 (str. 88), § 3 ust. 3, 4, 6 (str. 89), § 4 ust. 1, 2 (str. 89)
śmierci rodzica nr PGOF/ZRK/2016/1	§ 2 (str. 90), § 6 (str. 90)
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia:	
assistance – wariant I nr PGOF/AS1/2016/1	§ 2 (str. 91)
assistance – wariant II nr PGOF/AS2/2016/1	§ 2 (str. 94)
pakiet medyczny ”Bądź Zdrow” nr PGOF/AMB/2016/1	§ 3 (str. 98), § 5 (str. 99)

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;	Warunki ogólne umowy głównej	§ 6 (str. 3), § 7 ust. 6-8 (str. 3), § 8 ust. 5 (str. 4), § 9 ust. 5 (str. 4), § 11 (str. 5), § 12 (str. 5), § 13 ust. 2, 3 (str. 5), § 21 ust. 2 (str. 7)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/SNW/2016/1	§ 4 (str. 11), § 5 ust. 2, 3 (str. 11)
	śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZU/2016/1	§ 3 ust. 3 (str. 12), § 4 (str. 12), § 5 ust. 2, 3 (str. 13)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIN/2016/1	§ 2 ust. 6, 7 (str. 14), § 4 (str. 14), § 5 ust. 2, 3 (str. 15)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUZ/2016/1	§ 4 (str. 15), § 5 ust. 2, 3 (str. 15)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/TU1/2016/1	§ 2 ust. 6 (str. 18), § 4 (str. 18), § 5 ust. 2, 3 (str. 18)

	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/TU2/2016/1	§ 2 ust. 5 i 6 (str. 20), § 4 (str. 20), § 5 ust. 2, 3 (str. 21)
	powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/NPW/2016/1	§ 4 (str. 22), § 5 ust. 2, 3 (str. 23)
	leczenia szpitalnego nr PGOF/L2K/2016/1	§ 2 ust. 4-5 (str. 24) , § 3 ust. 4 (str. 24), § 4 (str. 24), § 5 ust. 2, 3 (str. 25)
	leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3K/2016/1	§ 2 ust. 5 (str. 26), § 3 ust. 4 (str. 27), § 4 (str. 27), § 5 ust. 2, 3 (str. 27)
	rekonwalescencji nr PGOF/REK/2016/1	§ 4 (str. 28)
	świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGOF/HCB/2016/1	§ 2 ust. 2a (str. 30), § 2 ust. 5-11 (str. 30), § 3 ust. 4, 4a (str. 30), § 4 (str. 31), § 6 ust. 2,3 (str. 31), § 7 ust. 7 (str. 31)

	<p>poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGOF/NPZ/2016/1</p>	<p>§ 2 ust. 1, 7 (str. 47), § 3 ust. 3, 4, 4a, 7, 7a (str. 48), § 4 (str. 49), § 5 ust. 2, 3 (str. 49)</p>
	<p>osierocenia dziecka uczestnika nr PGOF/ZOD/2016/1</p>	<p>§ 3 ust. 3, 7 (str. 50), § 4 (str. 51), § 5 ust. 2, 3 (str. 51)</p>
	<p>śmierci małżonka uczestnika nr PGOF/ZMK/2016/1</p>	<p>§ 2 ust. 3, 7 (str. 52), § 3 ust. 4 (str. 52), § 4 (str. 52), § 5 ust. 2, 3 (str. 53)</p>
	<p>śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/ZMW/2016/1</p>	<p>§ 4 (str. 54), § 5 ust. 2, 3 (str. 54)</p>
	<p>śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nr PGOF/ZPM/2016/1</p>	<p>§ 4 (str. 56), § 5 ust. 2, 3 (str. 56)</p>
	<p>śmierci małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/ZZM/2016/1</p>	<p>§ 2 ust. 4, 5, 6 (str. 57), § 3 ust. 3, 5 (str. 57), § 4 (str. 58), § 5 ust. 2, 3 (str. 58)</p>

śmierci małżonka uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGOF/ZKM/2016/1	§ 4 (str. 59), § 5 ust. 2, 3 (str. 60)
kalectwa małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TIM/2016/1	§ 2 ust. 6, 7 (str. 61), § 4 (str. 61), § 5 ust. 2, 3 (str. 62)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/TUM/2016/1	§ 4 (str. 63), § 5 ust. 2, 3 (str. 64)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/T1M/2016/1	§ 2 ust. 2, 3, 4, 5 6 (str. 65), § 4 (str. 65), § 5 ust. 2, 3 (str. 66)
trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr PGOF/T2M/2016/1	§ 2 ust. 6 (str. 67), § 4 (str. 68), § 5 ust. 2, 3 (str. 68)
leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGOF/LM2/2016/1	§ 2 ust. 3, ust. 5-7 (str. 69), § 4 (str. 70), § 5 ust. 2, 3 (str. 70)
leczenia szpitalnego małżonka uczestnika nr PGOF/L2M/2016/1	§ 2 ust. 4, 5 (str. 71), § 3 ust. 4, § 4 (str. 72), § 5 ust. 2, 3 (str. 72)

leczenia szpitalnego małżonka uczestnika w systemie świadczeń progresywnych nr PGOF/L3M/2016/1	§ 2 ust. 5 (str. 74), § 4 (str. 75), § 5 ust. 2, 3 (str. 75)
rekonwalescencji małżonka uczestnika nr PGOF/REM/2016/1	§ 4 (str. 76)
świadczenia szpitalnego małżonka uczestnika „Zdrowe Życie” nr PGOF/HBM/2016/1	§ 2 ust. 3a, 3b (str. 78), § 2 ust. 5-11 (str. 78), § 4 (str. 79), § 6 ust. 2, 3 (str. 79), § 7 ust. 7 (str. 79)
poważnego zachorowania małżonka uczestnika nr PGOF/PZM/2016/1	§ 2 ust. 5, 9 (str. 82), § 3 ust. 3, 4, 4a, 4b, 6, 6a (str. 82), § 4 (str. 83), § 5 ust. 2, 3 (str. 83)
śmierci dziecka – wariant rozszerzony nr PGOF/ZDR/2016/1	§ 2 ust. 3 (str. 84), § 3 ust. 4 (str. 84), § 4 (str. 84), § 5 ust. 2, 3 (str. 85)
poważnego zachorowania dziecka uczestnika nr PGOF/PDK/2016/1	§ 3 ust. 3 (str. 86), § 4 (str. 87), § 5 ust. 2, 3 (str. 87)

	urodzenia się dziecka nr PGOF/UDK/2016/1	brak
	urodzenia dziecka martwego lub poronienia nr PGOF/ZNK/2016/1	§ 4 ust. 3 (str. 89)
	śmierci rodzica nr PGOF/ZRK/2016/1	§ 2 ust. 3 (str. 90), § 3 ust. 5 (str. 90), § 4 (str. 90), § 5 ust. 2, 3 (str. 90)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia:	
	assistance – wariant I nr PGOF/AS1/2016/1	§ 4 (str. 92)
	assistance – wariant II nr PGOF/AS2/2016/1	§ 4 (str. 97)
	pakiet medyczny ”Bądź Zdrow” nr PGOF/AMB/2016/1	§ 4 (str. 99), § 6 ust. 2, 3 (str. 99)
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;	Warunki ogólne umowy głównej	§ 5 ust. 2 pkt e (str. 3), § 10 ust. 2 (str. 5), § 14 (str. 5), § 15 (str. 6), § 17 ust. 7, 8, 9, 10 (str. 6), § 18 ust. 4, 5 (str. 6), § 26 ust. 1 (str. 8), § 29 (str. 9)
	Zapisy w dokumencie ubezpieczenia (polisie)	

4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Zapisy w dokumencie ubezpieczenia (polisie)
---	---

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

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