

WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM ZESPÓŁ NR PGZ/2016/1

I. POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§ 1 DEFINICJE

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

- 1) **alokacja** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określonej w umowie ubezpieczenia części składki;
- 2) **deklaracja uczestnictwa** – deklaracja woli przystąpienia do umowy ubezpieczenia, składana przez uczestnika na formularzu Towarzystwa (również w jego wersji elektronicznej);
- 3) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w przypadku wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania tego rachunku;
- 4) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo, w tym polisa;
- 5) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 6) **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – ustalana przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU część składki, przeznaczana na pokrycie kosztów podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 7) **kwotacja** – wstępna kalkulacja kosztu ubezpieczenia, przygotowana przez Towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez ubezpieczającego przed złożeniem przez niego wniosku o ubezpieczenie, nie stanowiąca oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
- 8) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego;
- 9) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed przystąpieniem do ubezpieczenia** – każdy uraz, którego uczestnik doznał przed przystąpieniem do niniejszej umowy głównej lub każda choroba uczestnika, której objawy występowały przed przystąpieniem do niniejszej umowy głównej, lub która została zdiagnozowana i istniały medyczne wskazania do jej leczenia, to jest stosowania leków, wykonywania badań, korzystania z porad lekarskich przed przystąpieniem do ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy leczenie przeprowadzono, a także następstwa chorób i urazów, o których mowa wyżej, nawet jeśli zostały zdiagnozowane i/lub określony został sposób ich leczenia po dacie przystąpienia uczestnika do przedmiotowego ubezpieczenia;
- 10) **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;
- 11) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 12) **OWU** – niniejsze warunki ogólne ubezpieczeń wraz z załącznikami;
- 13) **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;
- 14) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 15) **rachunek** – wydzielony w sposób pojęciowy dla każdego uczestnika rachunek jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na którym w sposób określony w OWU gromadzone będą środki pochodzące z wpłacanych składek;
- 16) **rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok trwania ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą zawarcia umowy ubezpieczenia jest dzień 29 lutego, drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia miesiąca lutego;
- 17) **sporządzenie wniosku** – czynność polegająca na wypełnieniu formularza wniosku i podpisaniu go przez ubezpieczającego oraz osobę pośredniczącą przy zawieraniu umowy ubezpieczenia;
- 18) **suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika** – wynikająca z umowy ubezpieczenia kwota, którą na warunkach określonych w OWU Towarzystwo zobowiązane jest zapłacić w przypadku śmierci uczestnika; wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika ustalana jest w oparciu o informacje uzyskane od ubezpieczającego;
- 19) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 20) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 21) **ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca pracodawcą, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 22) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe zwane również „funduszami”** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 23) **uczestnik** – osoba, na rachunek której umowa ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona); w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia, oraz osobę, w stosunku do której wygłosiła ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach umowy ubezpieczenia;
- 24) **umowa główna lub główna umowa ubezpieczenia** – zawarta na podstawie niniejszych warunków ogólnych umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 25) **umowa dodatkowa lub dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa uzupełniająca umowę główną o ryzyka dodatkowe stanowiące rozszerzenie zakresu ubezpieczenia;
- 26) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika;
- 27) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika w sytuacji, gdy w chwili śmierci uczestnika nie ma uposażonych;
- 28) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu zarachowane są na rachunek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalana jest zgodnie z zasadami i w terminach określonych w opisie danego funduszu;
- 29) **wartość rachunku** – łączna wartość jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku danego uczestnika;
- 30) **wniosek** – deklaracja woli zawarcia umowy ubezpieczenia, składana przez ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia ubezpieczającego dotyczące uczestników i ubezpieczającego;
- 31) **współuczestnik** – przystępujący do ubezpieczenia małżonek albo partner uczestnika, a także przystępujący do ubezpieczenia dorosłe dziecko uczestnika; w tekście niniejszych warunków ogólnych współuczestnik zwany jest „uczestnikiem”;
- 32) **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 między-

narodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

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

II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA, OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 2.

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

1. Towarzystwo ocenia ryzyko ubezpieczeniowe wynikające z zawarcia umowy głównej oraz umów dodatkowych na podstawie zawartych we wniosku informacji o ubezpieczającym, w szczególności o:
- 1) rodzaju prowadzonej przez niego działalności;
 - 2) formie zatrudnienia pracowników;
 - 3) miejscu świadczenia pracy i reżimie wykonywania obowiązków służbowych;
 - 4) okresie prowadzenia działalności
- i innych cechach, które świadczą o ryzyku związanym z objęciem uczestników ochroną ubezpieczeniową.
2. Niezależnie od oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo przeprowadza ocenę ryzyka zdrowotnego i zawodowego dotyczącego poszczególnych uczestników na podstawie danych zawartych w deklaracjach i kwestionariuszach medycznych.
3. Indywidualna ocena ryzyka zdrowotnego i zawodowego, o której mowa w ustępie powyżej, może w szczególności spowodować:
- 1) obniżenie wysokości sumy ubezpieczenia w stosunku do wnioskowanej przez uczestnika
 - lub
 - 2) odmowę objęcia uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej
 - lub
 - 3) zmianę innych warunków ubezpieczenia.
4. O ile strony nie postanowią inaczej, w przypadku, o którym mowa w ust. 3 różnica pomiędzy kosztem ochrony ubezpieczeniowej, o jaką wnioskuje uczestnik a kosztem ochrony ubezpieczeniowej przyznanej uczestnikowi po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego wpływa na kapitałową część składki regularnej zwiększając lub zmniejszając jej wysokość.

§ 3

ZAWARCIE UMOWY GŁÓWNEJ

- 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, płeć, wykonywane zawody, proponowany zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość składki regularnej;
- 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 zgodnej z dołączoną do wniosku kwotacją;
- 6) Towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostały pełnomocnictwa do nieograniczonego 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 na warunkach zgodnych z treścią wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.
- 4. Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, Towarzystwo może odmówić zawarcia głównej lub dodatkowej umowy ubezpieczenia bądź zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa, w którym Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu uwagę na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści wniosku oraz wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, 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 zobowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego składkę 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 kontroferty Towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio. Składka jest zwracana w wysokości nominalnej.

§ 4.

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 § 18.
3. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez Towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

§ 5.

PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełniają 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 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 zobowiązany 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 § 3 ust. 2 pkt 3 i 4.
5. Deklaracja uczestnictwa danego uczestnika, złożona po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie, zostaje przyjęta przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) deklaracja uczestnictwa złożona została w terminie wskazanym w ust. 1 albo w terminie ustalonym zgodnie z ust. 2;
 - 2) deklaracja uczestnictwa wypełniona została w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w jej formularzu – zupełny;
 - 3) została zapłacona pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia uczestnika;
 - 4) Towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostało pełnomocnictwo do nieograniczonego wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestnika, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, 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;

przy czym w każdym przypadku złożenia deklaracji uczestnictwa po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie postanowienia § 2 ust. 2, 3 i 4 mają odpowiednie zastosowanie;

6. Złożenie deklaracji uczestnictwa przez osoby, które nie spełniają warunków wskazanych w umowie ubezpieczenia jest bezskuteczne. Złożenie deklaracji jest bezskuteczne również w przypadku, gdy nie zostanie ona przekazana przez ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w ust. 3 bądź nie zostanie przyjęta przez Towarzystwo z uwagi na niespełnienie przesłanek, o których mowa odpowiednio w § 3 ust. 2 pkt 4-6 lub w ust. 5 niniejszego paragrafu. Ewentualnie opłacona przez ubezpieczającego składka z tytułu ubezpieczenia osób, które bezskutecznie złożyły dekla-

racje uczestnictwa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie nominalnej.

7. Jeżeli umowa ubezpieczenia zostanie zawarta, za dzień przystąpienia do ubezpieczenia uważa się dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi zgodnie z § 8 ust. 1.
8. Do rozpatrzenia deklaracji uczestnictwa złożonej po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie oraz praw i obowiązków ubezpieczającego i Towarzystwa związanych z przystąpieniem do ubezpieczenia, postanowienia § 3 ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.

§ 6.

WSPÓŁUCZESTNICTWO W UBEZPIECZENIU

1. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach przez nie określonych, do ubezpieczenia mogą przystępować również małżonkowie albo partnerzy uczestników i dorosłe dzieci uczestników (współuczestnicy), pod warunkiem że nie spełniają jednocześnie kryteriów do przystąpienia do ubezpieczenia jako uczestnik. Przystąpienie współuczestników jest możliwe wyłącznie wraz z przystąpieniem uczestnika, a w przypadku zawarcia przez uczestnika związku małżeńskiego po przystąpieniu do ubezpieczenia – w okresie 90 dni od daty jego zawarcia.
2. W odniesieniu do współuczestników stosuje się zasady dotyczące uczestnika, z zastrzeżeniem że:
 - a) przy przystępowaniu współuczestnika do umowy, a także w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej oferowanej współuczestnikowi w ramach niniejszej umowy, zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej, o jakie wnioskuje współuczestnik, nie mogą przekroczyć zakresu i wysokości ochrony ubezpieczeniowej, o jaką wnioskuje uczestnik;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa przysługująca współuczestnikowi wygasa we wszystkich przypadkach, w których następuje wygaśnięcie ochrony przysługującej uczestnikowi;
 - c) ochrona ubezpieczeniowa przysługująca współuczestnikowi wygasa wraz z ustaniem związku małżeńskiego między współuczestnikiem, a uczestnikiem lub w przypadku ustania związku partnerskiego między nimi;
 - d) składka z tytułu ubezpieczenia współuczestnika jest finansowana przez uczestnika i opłacana przez Ubezpieczającego wraz ze składką z tytułu ubezpieczenia uczestnika, w terminach wskazanych w umowie ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia składki, za danego uczestnika i współuczestnika, w wysokości niższej niż wynikająca z umowy ubezpieczenia w pierwszej kolejności opłacany jest koszt ochrony z tytułu ubezpieczenia uczestnika, koszt ochrony współuczestnika, a następnie kapitałowa część składki uczestnika oraz kapitałowa część składki współuczestnika.
3. W przypadku gdy uczestnik wskazał partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie partnera.

§ 7.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie uczestnika.
2. Udzielana w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku śmierci uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości będącej sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. W okresie pierwszych stu dwudziestu dni następujących po dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2 wyłącznie w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Po upływie okresu, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również śmierć uczestnika z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, przy czym wysokość świadczenia z tego tytułu przez okres kolejnych pięćdziesięciu dni ograniczona jest do sumy wartości rachunku uczestnika oraz kwoty stanowiącej odpowiedni procent wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, pierwszego z tych dni wynosi dwa procent sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika i wzrasta do stu procent ostatniego dnia, o dwa procent dziennie.
5. Określony powyżej zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe. Objęcie uczestników ochroną z tytułu danego ryzyka dodatkowego następuje poprzez zawarcie przez ubezpieczającego umowy dodatkowej, na zasadach przewidzianych w odrębnych warunkach ogólnych. W razie zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo życie lub zdrowie uczestnika.

§ 8.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zostanie zawarta, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się odpowiednio:
 - 1) późniejszego z dni, którymi są dzień wskazany w dokumencie ubezpieczenia oraz dzień następujący po dniu zapłaty pierwszej składki – w odniesieniu do uczestników, którzy złożyli deklarację uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku lub w tym dniu;
 - 2) w dniu złożenia przez uczestnika deklaracji uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika – w przypadkach, o których mowa w § 5 ust. 2;
 - 3) w dniu wymagalności składki regularnej następującym po dniu złożenia przez uczestnika deklaracji uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika – w pozostałych przypadkach; chyba, że w dniu tym uczestnik przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby lub uszkodzenia ciała. W takim przypadku za dzień rozpoczęcia ochrony uważa się dzień wymagalności składki regularnej, bezpośrednio następujący po zakończeniu zwolnienia lekarskiego uczestnika. Składka opłacona za okres, w którym uczestnikowi nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w wysokości nominalnej.
2. W przypadku, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Towarzystwa o zwolnieniu lekarskim uczestnika nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania takiej informacji.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu oraz § 9 ust. 1, przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci uczestnika;
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 22;
 - 3) w którym rezygnacja uczestnika z ubezpieczenia zgodnie z § 24, albo wystąpienie ze skutkiem odstąpienia zgodnie z § 25, stały się skuteczne;
 - 4) rocznicy ubezpieczeniowej następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
 - 5) kończącym okres za jaki w miesiącu, w którym nastąpiło ustanie stosunku prawnego łączącego uczestnika z ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia uczestnika ochroną ubezpieczeniową, została opłacona składka regularna, z tytułu ubezpieczenia uczestnika, – w odniesieniu do umów z miesięczną częstotliwością opłacania składki bądź w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło ustanie tego stosunku prawnego – w pozostałych przypadkach;
 - 6) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy dodatkowej, w przypadku, gdy warunki ogólne na podstawie których umowa dodatkowa została zawarta, tak stanowią.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 4), na wniosek ubezpieczającego złożony nie później niż na czternaście dni przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 4), Towarzystwo może przedstawić propozycję dalszego ubezpieczenia takiego uczestnika określając wysokość ochrony ubezpieczeniowej, jaka może być mu udzielana oraz wysokość składki. Ochrona w takim przypadku zostanie ograniczona do umowy głównej, a koszt tej ochrony zostanie określony indywidualnie. Koszt ten będzie aktualizowany w każdą rocznicę ubezpieczenia.
5. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa również w razie przekraczającego czternaście dni opóźnienia w zapłacie składki regularnej z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika, z zastrzeżeniem ust. 6. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ochrona wygasa w pierwszym dniu okresu, za który nie została opłacona składka regularna.
6. W przypadku opóźnienia w zapłacie składki regularnej, o którym mowa w ust. 5, jeżeli Uczestnikowi przysługuje prawo do wartości rachunku lub jego części, oferowana mu ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa lecz ulega przekształceniu w ochronę wynikającą z ubezpieczenia bezskładkowego, o którym mowa w § 9 ust. 1. W takim przypadku postanowienia § 9 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 i 6, Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową w dniu wymagalności składki regularnej następującym po wznowieniu przez ubezpieczającego opłacania składki regularnej z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika. W przypadku ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej jest ona ograniczona w sposób opisany w § 7 ust. 3 i 4.

8. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 5, wygasła ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich uczestników i ubezpieczający, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, w terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia tejże ochrony nie wznowił opłacania składek lub nie złożył wniosku o ponowne objęcie uczestników ochroną ubezpieczeniową, albo po złożeniu takiego wniosku nie wznowił jednocześnie opłacania składek w najbliższym dniu wymagalności składki regularnej. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu następującym po upływie okresu, w którym ubezpieczający mógł wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. Niezależnie od sytuacji opisanych w niniejszych warunkach, ubezpieczający może wnioskować o przekształcenie ochrony ubezpieczeniowej w ochronę wynikającą z ubezpieczenia bezskładkowego, o której mowa w § 9 ust. 1, w stosunku do wszystkich uczestników. W takim przypadku postanowienia § 9 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

§ 9.
UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Jeżeli w chwili zajścia zdarzenia wskazanego w § 8 ust. 3 pkt 4 i 5 oraz w § 8 ust. 5, uczestnikowi przysługuje prawo do wartości rachunku lub jego części, udzielana uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa lecz ulega przekształceniu w ten sposób, że począwszy od dnia następnego po zajściu zdarzeń, o których mowa w niniejszym ustępie, udzielana uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie śmierci uczestnika świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie równej wyłącznie przysługującej uczestnikowi wartości rachunku (ubezpieczenie bezskładkowe).
2. W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego pobierana jest jedynie opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
3. Przysługująca uczestnikowi w ramach ubezpieczenia bezskładkowego ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach wskazanych w § 8 ust. 3 pkt 1-3.

§ 10.
**OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA
W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA**

1. Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone do wartości rachunku uczestnika, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi:
 - 1) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w działaniach terrorystycznych;
 - 2) jako skutek działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 3) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 1) i 2) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 4) jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez uczestnika w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie ograniczone do wartości rachunku uczestnika, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi w ciągu pierwszych 12-tu miesięcy udzielania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej i będzie spowodowana lub związana z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

§ 11.
**OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU
ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

- Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone do wartości rachunku uczestnika, jeżeli śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
- 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w jakimkolwiek 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 świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w działaniach terrorystycznych;
 - 6) jako skutek działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;

- 7) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5) i 6) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 8) w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika.

§ 12.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć uczestnika nastąpi po upływie trzech lat od dnia rozpoczęcia przysługującej mu ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy lub przed objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.

III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13.

RODZAJE I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia przy czym w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 2, pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika obliczana jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia tego uczestnika przypadającego od dnia złożenia przez niego deklaracji uczestnictwa do najbliższego dnia wymagalności składki regularnej wynikającego z umowy ubezpieczenia.
2. Składka regularna składa się z części ochronnej stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz części kapitałowej, przeznaczanej na gromadzenie jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, która w oznaczonej w umowie ubezpieczenia wysokości podlega alokacji.
3. Składka regularna płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi, za wyjątkiem okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
4. Składka regularna płatna jest w terminach i z częstotliwością określoną w umowie ubezpieczenia, począwszy od dnia w niej wskazanego. Umowa może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki regularnej. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
5. Ubezpieczający może ponadto w każdym czasie opłacać składkę lokacyjną z tytułu ubezpieczenia poszczególnych lub wszystkich uczestników przeznaczoną na gromadzenie jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, która w oznaczonej w umowie ubezpieczenia wysokości podlega alokacji. Za składkę lokacyjną uważa się wpłatę, przy której ubezpieczający wyraźnie ujawnił wolę uznania jej za taką.
6. Składki regularne, lokacyjne oraz ich części mogą być finansowane przez ubezpieczającego lub uczestnika. O ile umowa nie zawiera regulacji o opłacie przedmiocie, ubezpieczający obowiązany jest do przekazywania Towarzystwu informacji w jakiej części uczestnik finansuje poszczególne składki. W przypadku braku takiej informacji uważa się, że składki finansowane są przez ubezpieczającego.

§ 14.

PODZIAŁ SKŁADKI

1. Pozostała po pobraniu przez Towarzystwo kosztu ochrony ubezpieczeniowej część kapitałowa składki regularnej pomniejszona uprzednio o opłatę administracyjną podlega alokacji w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. Wysokość opłaty administracyjnej oraz alokacji są określone w umowie ubezpieczenia.
2. Wskazana w umowie ubezpieczenia wysokość kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej wskazana indywidualnie dla każdego uczestnika w umowie ubezpieczenia, obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących danego uczestnika, takich jak wiek uczestnika, ryzyko związane z wykonywanym przez niego zawodem, w tym oceniane w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokość

i zakres ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, jak również innych informacji zawartych w szczególności we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji uczestnictwa oraz wypełnianej przez uczestnika ankiecie medycznej.

3. Określona w umowie ubezpieczenia część każdej wpłaconej przez ubezpieczającego składki lokacyjnej podlega alokacji.
4. Pozostała po dokonaniu alokacji część składki regularnej oraz lokacyjnej stanowi opłatę pobieraną przez Towarzystwo przeznaczaną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

IV. UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

§ 15.

RACHUNEK UCZESTNIKA

1. Najpóźniej z chwilą dokonywania pierwszej alokacji części kapitałowej składki regularnej wpłaconej z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników, Towarzystwo wydziela dla każdego z nich rachunek, na którym w sposób określony w OWU gromadzone będą środki pochodzące z alokowanej części składek tworząc wartość rachunku uczestnika. Rachunek prowadzony jest w sposób umożliwiający rozgraniczenie środków pochodzących ze składek regularnych (wartość regularna) oraz środków pochodzących ze składek lokacyjnych (wartość lokacyjna), jak również rozgraniczenie środków pochodzących ze składek lub ich części finansowanych przez ubezpieczającego i uczestnika.
2. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie prawa do wartości rachunku przysługują uczestnikowi.

§ 16.

UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

1. Inwestowanie alokowanej części składki regularnej i lokacyjnej odbywać się będzie zgodnie z zasadami działania wybranego przez osobę uprawnioną ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Przychody z inwestowania aktywów funduszu pochodzących z zaalokowanych składek będą dodawane do tych aktywów, powodując zmianę wartości jednostki funduszu.
2. Osobę lub osoby uprawnione do podejmowania decyzji w sprawach uregulowanych w niniejszym paragrafie określa umowa ubezpieczenia, przy czym uprawnionym może być wyłącznie ubezpieczający lub uczestnik. Jeżeli osobą uprawnioną jest ubezpieczający, podejmowane przez niego decyzje odnoszą skutek w stosunku do wszystkich uczestników, jeżeli zaś osobą uprawnioną jest uczestnik, podejmowane przez niego decyzje dotyczą wyłącznie tego uczestnika.
3. Część wpłaconej składki regularnej i składki lokacyjnej, podlegająca alokacji przeliczana jest na jednostki wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, nie później niż w terminie czternastu dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w § 5 ust. 1, w odniesieniu do składki regularnej – zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z późniejszego z dni, z których pierwszy jest dniem zapłaty składki regularnej, a drugi dniem wymagalności tej składki regularnej, a w odniesieniu do składki lokacyjnej – zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia zapłaty tej składki z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku gdy składka lokacyjna została opłacona łącznie ze składką regularną stosuje się terminy przeliczenia na jednostki uczestnictwa właściwe dla składki regularnej.
4. Osoba uprawniona dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie część składki podlegająca alokacji, a także udziału poszczególnych funduszy w ogólnej kwocie alokowanej składki. Osoba uprawniona dokonuje wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzania wniosku, określając we wniosku (ubezpieczający) albo w deklaracji uczestnictwa (uczestnik) udział poszczególnych funduszy, z zastrzeżeniem, że w przypadku dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż pięć procent. Wybór, o którym mowa w zdaniach poprzedzających dotyczy zarówno alokowanej części składki regularnej jak i składki lokacyjnej.
5. Osoba uprawniona może w każdym czasie zmienić proporcje podziału części składki podlegającej alokacji pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, z zastrzeżeniem, iż udział w składce żadnego z funduszy nie może być niższy niż pięć procent. Powyższa zmiana jest skuteczna poczynając od pierwszej składki wymagalnej po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku osoby uprawnionej i dotyczy zarówno alokowanej części składki regularnej jak i składki lokacyjnej.
6. Po upływie dwudziestu czterech miesięcy od dnia przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia – jeżeli osobą uprawnioną jest uczestnik lub poczynając od drugiej rocznicy ubezpieczenia – jeżeli osobą uprawnioną jest ubezpieczający osoba uprawniona może zażądać przeliczenia zara-

chowanych na rachunku jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych na jednostki innych funduszy, prowadzonych i udostępnionych przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez osobę uprawnioną odpowiedniego oświadczenia. Z zastrzeżeniem, iż w wyniku przeliczenia udział w rachunku jednostek żadnego z funduszy nie może być niższy niż pięć procent, a łączna wartość jednostek danego funduszu nie może być niższa od wartości minimalnej ustalonej przez Towarzystwo, stosownego przeliczenia dokonuje się w taki sposób, że:

- 1) wartość rachunku uczestnika nie ulega zmianie, z zastrzeżeniem ust. 8;
 - 2) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia osoby uprawnionej;
 - 3) przeliczenia dokonuje się według wartości jednostek funduszy obowiązującej w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo żądania osoby uprawnionej.
7. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości rachunku, według stanu z dnia wymagalności pierwszej składki przypadającego po otrzymaniu przez Towarzystwo żądania osoby uprawnionej i zgodnie z wartością jednostek danego funduszu obowiązującą w tym dniu.
8. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 6, Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – na których jednostki przeliczane są jednostki dotychczasowych funduszy – proporcjonalnie do udziału tych funduszy w przeliczanej wartości. Odliczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ma miejsce zgodnie z wartością jednostek obowiązującej w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo żądania osoby uprawnionej nie wcześniej jednak niż w najbliższym dniu przypadającym po opłaceniu ostatniej składki wymagalnej przed dniem otrzymania przez Towarzystwo tego żądania.
9. Opłata manipulacyjna, o której mowa w ust. 7 i 8 nie jest pobierana w przypadku każdej pierwszej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.
10. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana przez Towarzystwo w granicach określonych w opisie odpowiedniego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów ubezpieczenia, z tytułu których jednostki danego funduszu zarachowywane są na rachunku uczestników. Opłata ta pobierana jest z aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym wartości jednostki funduszu.

§ 17.

WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Uczestnik może w każdym czasie zażądać częściowej lub całkowitej wypłaty przysługującej mu wartości lokacyjnej. Ponadto po upływie 60 miesięcy od przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia, nie częściej jednak niż raz w roku ubezpieczenia, uczestnik może zażądać częściowej wypłaty przysługującej mu w danym momencie wartości regularnej, przy czym jednorazowa wypłata może obejmować nie więcej niż pięćdziesiąt procent tej wartości.
2. Żądając częściowej wypłaty wartości lokacyjnej lub wartości regularnej uczestnik zobowiązany jest wskazać fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania wypłaty. W przypadku, gdy uczestnik wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, zobowiązany jest podać również udział poszczególnych funduszy w wartości podlegającej wypłacie.
3. W przypadku, gdy uczestnik nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty lub wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregośkolwiek z funduszy nie jest wystarczająca na dokonanie wypłaty w sposób wskazany przez uczestnika, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszu lub funduszy, według wyboru dokonanego przez Towarzystwo.
4. W przypadku dokonywania wypłaty części lub całości wartości lokacyjnej lub i wartości regularnej, Towarzystwo pobiera opłatę operacyjną poprzez odliczenie, z części wartości rachunku podlegającej wypłacie, odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w tej wartości. Odliczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ma miejsce zgodnie z wartością jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu z najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez Towa-

rzystwo żądania wypłaty, nie wcześniej jednak niż w najbliższym dniu przypadającym po opłaceniu ostatniej składki wymagalnej przed dniem otrzymania przez Towarzystwo tego żądania.

5. Całkowita wypłata wartości rachunku możliwa jest na wniosek uczestnika w przypadku wygaśnięcia przysługującej uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej, w tym również ochrony z tytułu ubezpieczenia bezskładkowego, na skutek zajścia zdarzeń, o których mowa w § 8 ust. 3 pkt 2-3, o ile umowa ubezpieczenia nie zawiera postanowień odmiennych. W przypadku dokonywania całkowitej wypłaty wartości rachunku Towarzystwo upoważnione jest do pobrania opłaty operacyjnej oraz innych opłat wskazanych w umowie ubezpieczenia, poprzez potrącenie ich z wypłacanej kwoty. Jeżeli wysokość którejkolwiek z opłat uzależniona jest od stażu uczestnika w ubezpieczeniu, to stażem tym jest okres opłacania na rzecz uczestnika składek ubezpieczeniowych, a wysokość opłaty jest równa wysokości takiej opłaty, która obowiązywała w ostatnim dniu stażu uczestnika w ubezpieczeniu. W przypadku dokonywania całkowitej wypłaty wartości rachunku Towarzystwo upoważnione jest do pobrania opłaty operacyjnej oraz innych opłat wskazanych w umowie ubezpieczenia, poprzez potrącenie ich z wypłacanej kwoty.
6. Wypłata wartości rachunku lub jego części następuje w terminie trzydziestu dni od dnia złożenia stosownego wniosku przez uczestnika. Dokonując wypłaty Towarzystwo odlicza z rachunku uczestnika liczbę jednostek, których wartość równa jest żądanej kwocie, przy czym odliczenie ma miejsce zgodnie z wartością jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo żądania wypłaty.
7. Wartość rachunku wypłacana jest w złotych polskich, przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, z tym że wypłaty przekazem pocztowym mogą dotyczyć wyłącznie kwot nie przekraczających limitu określonego przez Towarzystwo.

V. ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

§ 18.

ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo może, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, dokonać podwyższenia kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi. Ponadto Towarzystwo dokonuje zmiany wysokości składki regularnej opłacanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika o ustalony przez Towarzystwo wskaźnik procentowy, przy jednoczesnym:
 - 1) zachowaniu dotychczasowej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika
 - albo
 - 2) obniżeniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika – w przypadku, gdy w wyniku dokonania zmian, o których mowa powyżej, wysokość części kapitałowej składki spadła poniżej minimum określonego przez Towarzystwo.
2. Zmiana kosztu ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa powyżej, jest wynikiem obliczeń dokonanych przez Towarzystwo w sposób określony w § 14 ust. 2.
3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ustępach poprzedzających, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego na piśmie lub, o ile ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana, wyznaczając jednocześnie ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi Towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od najbliższej rocznicy ubezpieczenia.
4. W przypadku sprzeciwu wobec propozycji wskazanej w ust. 1 oraz braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia do dnia rocznicy ubezpieczenia, z dniem rocznicy wygasają dodatkowe umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana na kolejny roczny okres przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia wskazanych w propozycji o której mowa w ust. 1. Umowy dodatkowe mogą zostać przedłużone na kolejny okres ubezpieczenia po ustaleniu i pisemnym zaakceptowaniu przez ubezpieczającego, potwierdzonych w korespondencji rocznicowej warunków ich przedłużenia.
5. W odniesieniu do uczestników którzy ukończyli sześćdziesiąt piątą rok życia ale za zgodą Towarzystwa kontynuują ubezpieczenie, na indywidualnych warunkach Towarzystwo przedstawi również propozycję indywidualnie ustalonych warunków dalszego obejmowania ich ochroną

ubezpieceniową lub informację o jej wygaśnięciu z dniem rocznicy ubezpieczenia.

6. W przypadku gdy propozycja zmian przedstawiona przez ubezpieczającego wiąże się ze wzrostem wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi lub rozszerzeniem zakresu tej ochrony, Towarzystwo może uzależnić zgodę na dokonanie zmian od udzielenia przez uczestników, których zmiana dotyczy, informacji o stanie zdrowia.

VI. ŚWIADCZENIA

§ 19.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się odpowiednio:

1. wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika obowiązującej w dniu jego śmierci;
2. wartość rachunku uczestnika z dnia jego śmierci.

§ 20.

UPOSAŻENI

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

§ 21.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, w tym uzyskaniu informacji o których mowa w § 28 ust. 2 pkt 3, 4. W przypadku śmierci uczestnika poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionych do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i ich uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – czekiem zwykłym, potwierdzonym lub przelewem bankowym.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci uczestnika. W przypadku, gdy wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

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

§ 22.

ROZWIĄZANIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną. W przypadku ubezpieczającego będącego konsumentem, termin 30-tu dni biegnie od późniejszego z następujących dni: dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia lub dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
 - 3) braku uczestników ubezpieczenia, za których opłacana jest składka 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, 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.

§ 23.

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, w umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
 - 3) upływu terminu na jaki umowa dodatkowa została zawarta i braku jej przedłużenia w trybie określonym w § 18 warunków ogólnych umowy głównej;
 - 4) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści 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, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wypłacone do dnia odstąpienia składki 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.

§ 24.

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.

§ 25.

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.

§ 26.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 8 ust. 3 pkt 5, uczestnik może złożyć Towarzystwu wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo. Uprawnienie powyższe nie przysługuje uczestnikowi, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty ochroną ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.
2. Towarzystwo oświadcza, iż zawarcie umowy, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia uczestnika wyłącznie w przypadku gdy zakres oraz wysokość ochrony ubezpieczeniowej nie przekroczy zakresu oraz wysokości ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia.
3. O ile strony nie postanowią inaczej, zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego przez uczestnika nie ma wpływu na trwanie ubezpieczenia bezskładkowego, o którym mowa w § 9.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27.

OPŁATY, INDEKSACJA OPŁAT

1. Wysokości opłat administracyjnej, alokacyjnej, manipulacyjnej, opłat operacyjnych oraz procentowych opłat za wypłatę wartości rachunku są określone w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
3. Podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikiem ustalonym przez Towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen Towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.
4. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

§ 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 likwidacji 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 zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:

- 1) wykaz osób, które są objęte ubezpieczeniem, zawierający aktualne dane odnośnie zawodu wykonywanego przez poszczególnych uczestników;
- 2) wykaz 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 § 14 ust. 2;
- 4) danych adresowych uczestników objętych ochroną.

4. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego uczestnika, a także do zmiany umowy ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. Zmiana umowy ubezpieczenia bez zgody uczestnika nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

5. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.

6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania uczestnikom w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku bez wskazania przez Towarzystwo, o ile uczestnicy wyrażą na to zgodę, poniższych informacji:

- 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
- 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa;
- 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.

7. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w OWU, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 29.

DOBRE OBYCZAJE

Z uprawnień do ustalania wysokości wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości opłat, jak również listy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, Towarzystwo nie będzie korzystało godząc w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające Towarzystwo do stosownych ustaleń czyniłby niedozwolonymi.

§ 30.

OŚWIADCZENIA WOLI

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

§ 31.

PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY

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

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania lub siedziby spadkobiercy uczestnika, spadkobiercy uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 32.

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

- Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);
 - w formie telefonicznej albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce;
 - w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
- Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
- Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
- Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
- Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
- Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
- Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 33.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

§34.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z Listą Funduszy,
- Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa 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 WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/SNW/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 Zespół nr PGZ/2016/1.

§ 1.

DEFINICJE

- Ileć 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;
 - 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 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 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 pływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybowiectwo, 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;

- 6) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku 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 uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci uczestnika;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia udzielanej w ramach umowy głównej ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć uczestnika nastąpi:

- 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w jakimkolwiek 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 wyczerpującego lub zawodowego uprawiania sportu przez 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

O śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem 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 Towarzystwa 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 WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO NR PGZ/ZKW/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 Zespół nr PGZ/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) **śmierć uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego** – śmierć uczestnika będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty wypadku komunikacyjnego;
 - 3) **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;
 - 4) **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 uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
 - 5) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 6) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci 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 uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego, wskazanej w umowie dodatkowej.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci uczestnika;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia udzielanej w ramach umowy głównej ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) podczas prowadzenia przez uczestnika pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli uczestnik nie posiadał odpowiednich uprawnień;
- 3) w jakimkolwiek związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik 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 uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 8) w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez 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.
- 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 śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem 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 Towarzystwa 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 KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TIN/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 Zespół nr PGZ/2016/1.

§ 1. DEFINICJE

- Ilekoć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - kalectwo uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 2 niniejszych warunków ogólnych uszkodzenie ciała uczestnika, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 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;

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

- Ilekoć w warunkach ogólnych ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku 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 powstanie kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku kalectwa uczestnika powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, określonego zgodnie z poniższą tabelą:

Utrata wzroku w obojgu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Encefalopatia pourazowa	100%
Utrata kończyny dolnej	75%
Utrata kończyny górnej	75%
Utrata jednego podudzia	70%
Utrata jednego przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata jednego oka	50%
Amputacja wszystkich palców u ręki	50%
Utrata stopy	50%
Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
Unieruchomienie stawu barkowego	40%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%

Amputacja wszystkich palców u stopy	30%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%
Utrata co najmniej 3 palców u jednej dłoni (bez kciuka)	25%
Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
Amputacja kciuka	10%

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
 - 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
 - 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po 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. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu kalectwa uczestnika powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości niższej niż wskazana w umowie dodatkowej suma ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, przez pozostały czas trwania ochrony ubezpieczeniowej podstawę do wyznaczania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 stanowiła będzie procentowo określona część sumy wskazanej w umowie dodatkowej pozostała po dokonaniu dotychczasowych wypłat z tytułu niniejszej umowy dodatkowej aż do jej całkowitego wykorzystania.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego wypłatą całości wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w jakimkolwiek 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.

§ 5. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6. OBOWIĄZKI

O powstaniu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłączniczo wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia uczestnika Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych, które wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik 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 Towarzystwa 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 TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TUZ/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 Zespół nr PGZ/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) **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;
 - 3) **trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości 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 uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
 - 4) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 5) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, 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;
 - 6) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku 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 trwały uszczerbek na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należałyby uczestnikowi z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.
2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Jeżeli uczestnik zmarł przed ustaleniem wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą przebiegu leczenia.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub trwały uszczerbek na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:
 - 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w jakimkolwiek 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.

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

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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

kiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.

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

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem 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 Towarzystwa 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 POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/NPW/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 Zespół nr PGZ/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) **działalność zarobkowa** – działalność uczestnika nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 2) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą 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;
 - 4) **niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku** – całkowita niezdolność uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
 - 5) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące

udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

- 6) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, 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;
- 7) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku 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 niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, świadczenia ubezpieczeniowego będącego sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje Towarzystwo taka niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli jednak okres dwunastomiesięcznej niezdolności do pracy ubezpieczonego rozpoczął się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 3 pkt 2-5, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność do pracy ubezpieczonego ma charakter trwały i nieodwracalny.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.
4. W przypadku wygaśnięcia przysługującej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, wygaśnięciu ulega również ochrona ubezpieczeniowa przysługująca temu uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub niezdolność do pracy uczestnika powstanie:

- 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w jakimkolwiek 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.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.

OBOWIĄZKI

O powstaniu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.

§ 7.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się:
 - 1) wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej;
 - 2) wartość rachunku uczestnika z dnia uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej.

2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłączającego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- 6) **wycytywne uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 5) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, 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 pływy 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.

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 z dnia 0 działalnności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa 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 WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/LZW/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 Zespół nr PGZ/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 wskutek nieszczęśliwego wypadku** – 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 stanem zdrowia uczestnika będącym następstwem nieszczęśliwego wypadku i nie związanemu z ciążą, porodem lub pościem, 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) **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;
 - 4) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz uczestnika; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowskowy lub szpital uzdrowskowo-rehabilitacyjny;
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku, 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 uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3-4 niniejszego paragrafu.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość świadczenia jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego uczestnika i wynosi:
 - 1) iloczyn 1% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia;
 - 2) iloczyn 0,5% (pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za kolejne dni leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego dnia tego leczenia, nie więcej jednak niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej – w odniesieniu do leceń szpitalnych, które rozpoczynają się w jednym roku ubezpieczenia, a ponadto nie więcej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego – w odniesieniu do leceń szpitalnych będących skutkiem tego samego nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku spełniające warunki defi-

nycji wskazanej w § 1, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych wskutek nieszczęśliwego wypadku, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne wskutek nieszczęśliwego wypadku traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem z powodu danego nieszczęśliwego wypadku.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) 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) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub leczenie szpitalne uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpi:
 - 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w jakimkolwiek 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) jako wynik choroby nie będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) jako wynik odbywania zasadniczej służby wojskowej przez uczestnika;
 - 10) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć uczestnika.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłącznie charakter diagnostyczny, obserwacyjny, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające 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

O przebytych leczeniu szpitalnym uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia pobytu w szpitalu.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego uczestnika, przy uwzględnieniu wskazanego w § 2 wysokości dziennego świadczenia z uwagi na czas trwania leczenia szpitalnego uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.
3. Ciężar bezspornego udowodnienia odbycia leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz uprawnień do otrzymania świadczenia ciąży na uczestniku. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik 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 Towarzystwa 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 W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH NR PGZ/L3K/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 Zespół nr PGZ /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 położeniem, 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) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed przystąpieniem do ubezpieczenia** – każdy uraz, którego uczestnik doznał przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej lub każda choroba uczestnika, której objawy występowały przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej, lub która została zdiagnozowana i medycznie wskazane było jej leczenie, to jest stosowanie leków, wykonywanie badań, korzystanie z porad lekarskich, przed przystąpieniem do ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy leczenie przeprowadzono, a także następstwa chorób i urazów, o których mowa wyżej, nawet jeśli zostały zdiagnozowane i/lub określony został sposób ich leczenia po dacie przystąpienia uczestnika do przedmiotowego ubezpieczenia;
 - 4) **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;
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – 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 i nastąpiła w związku z ubezpieczeniem przez uczestnika pracy na rzecz ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia uczestnika u ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest małżonek uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego; nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nie jest nieszczęśliwy wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
 - 6) **Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** – wyodrębniony organizacyjnie w ramach struktur wewnętrznych szpitala oddział, na wyposażeniu którego znajduje się specjalistyczna aparatura umożliwiająca stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych pacjentów oraz podjęcie niezbędnych czynności zastępczych w przypadku zaistnienia niewydolności narządów lub układów ustroju;
 - 7) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz 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;
- 8) **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 jądrowego rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- 9) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 10) **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 uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 11) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – 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 uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez uczestnika pracy na rzecz ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia uczestnika u ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest małżonek albo partner uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego;
- 12) **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;
- 13) **zawał serca** – zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pierwszy epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwanym dopływem 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);
- 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.

2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych, 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 uczestnika.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 5-8, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni.
3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leceń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia.
4. Jeżeli leczenie szpitalne uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych stu dwudziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem nieszczęśliwego wypadku. Postanowienie zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
5. Wysokość świadczenia z tytułu danego leczenia szpitalnego jest zróżnicowana w zależności od przyczyny oraz czasu trwania leczenia szpitalnego uczestnika i wynosi:
 - 1) 2% (dwa procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, albo
 - 2) 2,5% (dwa i pół procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, albo
 - 3) 2,5% (dwa i pół procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym, albo
 - 4) 3% (trzy procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym przy pracy, albo
 - 5) 1,5% (jeden i pół procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego zaistnieniem w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zawałem serca lub udarem mózgu, albo
 - 6) 0,6% (sześć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia spowodowanego inną przyczyną niż wskazane powyżej w pkt 1-5,
 - 7) 0,5% (pięć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.
6. W przypadku gdy jedno leczenie szpitalne danego uczestnika jest konsekwencją kilku przyczyn, wysokość świadczenia za pierwsze czternaście dni leczenia ustalane jest na podstawie najwyższego ze współczynników wskazanego w ust. 5 odpowiadającego jednej z przyczyn leczenia.
7. Dodatkowo, w przypadku gdy w trakcie pobytu w szpitalu uczestnik przebywał na OIT przez okres co najmniej dwudziestu czterech godzin, Towarzystwo niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 5 wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych. Świadczenie,

o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest należne wyłącznie za jeden pobyt danego uczestnika na OIT, w danym roku ubezpieczenia.

8. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, nieszczęśliwego wypadku przy pracy, wypadku komunikacyjnego, wypadku komunikacyjnego przy pracy, zawału serca lub udaru mózgu w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych spowodowanych tą samą przyczyną, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym daną przyczyną.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej przysługująca uczestnikowi w okresie pierwszych stu dwudziestu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli leczenie szpitalne uczestnika wystąpi:
 - 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) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u uczestnika;
 - 9) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE” NR PGZ/HCB/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 Zespół nr PGZ/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 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 uczestnika w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym uczestnik przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
- 4) **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) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed przystąpieniem do ubezpieczenia** – każdy uraz, którego uczestnik doznał przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej lub każda choroba uczestnika, której objawy występowały przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej, lub która została zdiagnozowana i medycznie wskazane było jej leczenie, to jest stosowanie leków, wykonywanie badań, korzystanie z porad lekarskich, przed przystąpieniem do ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy leczenie przeprowadzono, a także następstwa chorób i urazów, o których mowa wyżej, nawet jeśli zostały zdiagnozowane i/lub określony został sposób ich leczenia po dacie przystąpienia uczestnika do przedmiotowego ubezpieczenia;
- 6) **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;
- 7) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wyciecznikowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 8) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
- 9) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
- 10) **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

10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ uczestnik;

11) w związku z takim pobytem w szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego uczestnika.

2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć uczestnika.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe będzie skutkiem spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązkiem ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

§ 6.

OBOWIĄZKI

O przebytych leczeniu szpitalnym uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia leczenia szpitalnego.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w § 2 ust. 5 współczynników procentowych.

2. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 8, przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego uczestnika spowodowanego tą samą przyczyną.

3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych wypłacane jest uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.

4. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, 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 Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

- 11) **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;
- 12) **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 warunkach ogólnych niniejszej umowy dodatkowej, używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest:
 - 1) w wariantcie I – operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wskazanych wyżej wariantów ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków ogólnych. Dodatkowo, ochroną ubezpieczeniową objęte są również dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe typu 1;
 - 2) w wariantcie II – operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wskazanych wyżej wariantów ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków ogólnych. Dodatkowo, ochroną ubezpieczeniową objęte są również dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe typu 1;
 - 3) dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe typu 2, o które może zostać rozszerzony wariant II.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie zajścia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, określonego w ust. 1 zdarzenia ubezpieczeniowego – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej, w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych warunków ogólnych, stawki procentowej i sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych typu 1 jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych typu 2 określona jest niezależnie od sumy ubezpieczenia z niniejszej umowy dodatkowej, nie może przekraczać 10 000 (dziesięć tysięcy) zł, a jej wysokość podana jest w polisie.
4. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również świadczenie ryczałtowe lub świadczenie lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym wypłata świadczenia lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje takie zdarzenia.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego ubezpieczony może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego dodatkowego zdarzenia oraz jedno świadczenie lekowe.
6. W okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej, ochrona ta ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku oraz świadczeń ryczałtowych i lekowych, związanych z takim zdarzeniem ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 7 niniejszego paragrafu. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantów umowy, o których mowa w ust. 1. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w ramach jego hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem oraz świadczeń ryczałtowych i lekowych, związanych z takimi zdarzeniami ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 7 niniejszego paragrafu. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantów umowy, o których mowa w ust. 1. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
8. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji uczestnika rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa, na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe typu 2, świadczenie lekowe nie zostanie wypłacone, za wyjątkiem takich postępowań medycznych, które w tym okresie przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Uczestnika postępowania medycznego, które opisano w części 2 wykazu stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszych warunków ogólnych, jest należne, o ile hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej.
10. Z zastrzeżeniem ust. 11, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce hospitalizacja uczestnika związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji wykazu.
11. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 10 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
12. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 10 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 11 zostały określone w wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.
13. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 10 i 11, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz ubezpieczonego, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej przysługująca uczestnikowi w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie:
 - 1) w związku z leczeniem przez uczestnika skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
 - 2) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej;
 - 3) w związku z chorobą uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną uczestnika lub chorobą wywołaną u uczestnika bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;
 - 4) w wyniku celowego samookaleczenia ciała przez uczestnika lub usiłowania popełnienia przez niego samobójstwa, przy czym również w stanie znieśnionej lub ograniczonej poczytalności;
 - 5) w związku z pozostawaniem uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa;
 - 7) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez uczestnika z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 8) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy przebywał on na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 10) jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane z pkt 9) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 11) w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
 - 12) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;

- 13) w związku z takim pobylem w szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego uczestnika.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe będzie spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

§ 5. ZMIANY W ROCZNICĘ ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Niezależnie od zmian wynikających z postanowień głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może również, ze skutkiem na najbliższą rocznicę ubezpieczenia, zmienić zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikom w ramach niniejszej umowy dodatkowej poprzez zwiększenie lub zmniejszenie liczby zdarzeń ubezpieczeniowych (pozycji w załączniku), modyfikację opisu danego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz zmianę wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1 wynikać mogą z poszerzania się zakresu usług medycznych (rozwoj nauk medycznych i technologii stosowanych w medycynie) oraz zmian kosztu usług medycznych.
3. Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego o zmianie załącznika, o której mowa w ust. 1 wraz ze wskazaniem wpływu tych zmian na wysokość świadczeń należnych z tytułu umowy dodatkowej nie później niż na trzydzieści dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana. Jednocześnie Towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż czternaście dni, w którym może on wypowiedzieć umowę dodatkową. O ile ubezpieczający nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy dodatkowej, zmiana jest skuteczna począwszy od rocznicy ubezpieczenia następującej po otrzymaniu przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia Towarzystwa. W przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej przez ubezpieczającego umowa ta rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej.

§ 6. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej 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.

§ 7. USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Uczestnika, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.
4. Dokumentację potwierdzającą zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - a) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania;
 - b) karta informacyjna leczenia szpitalnego;

- c) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami ubezpieczonego w szpitalu;
- 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 uczestnikowi nie wcześniej niż po zakończeniu hospitalizacji. W razie śmierci uczestnika w trakcie hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik 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 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 Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WYKAZ NR 1/2016

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE” PGZ/HCB/2016/1

Część 1					
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	–	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	–	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	–	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	–	✓
5	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
6	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	–	✓
9	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	–	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	–	✓
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	–	✓
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓
14	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓
15	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
16	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
17	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	–	✓

CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	–	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	–	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓
35	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miażdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	–	✓
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	–	✓
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	–	✓
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	–	✓
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	–	✓

CHOROBY NARZĄDU WZROKU					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	–	✓
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony zachowawczo	4%	–	✓
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%	✓	✓
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%	–	✓
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%	–	✓
47	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	✓	✓
48	5 lat/5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%	✓	✓
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%	–	✓
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%	–	✓
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%	–	✓
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	✓	✓
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	–	✓
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	–	✓
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	–	✓
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%	✓	✓
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
58	5 lat	Jaskra leczona zachowawczo	4%	–	✓
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	✓	✓
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%	✓	✓
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%	✓	✓
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	✓	✓
64	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓
65	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%	–	✓
67	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU WZROKU					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
68	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%	✓	✓

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

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

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%	–	✓
109	5 lat	Suchoe zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%	–	✓
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%	–	✓
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%	✓	✓
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%	✓	✓
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	–	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	–	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	–	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	–	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	–	✓
122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	–	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%	–	✓
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	–	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	–	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%	–	✓
135	5 lat/5 lat	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%	✓	✓
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej leczone zachowawczo	8%	–	✓
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%	–	✓
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%	✓	✓
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	–	✓
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%	–	✓
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%	–	✓
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	–	✓
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%	–	✓

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	–	✓
145	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznacyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	–	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	–	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%	✓	✓
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%	✓	✓
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	–	✓
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓
158	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓
159	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%	✓	✓
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%	✓	✓
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%	✓	✓
163	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczone przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%	✓	✓
164	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczone przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	24%	✓	✓
165	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%	✓	✓
166	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	25%	✓	✓
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%	✓	✓
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%	✓	✓
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	–	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	–	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	–	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żylaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	–	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	–	✓
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%	–	✓
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	–	✓
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	✓	✓
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%	✓	✓
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%	✓	✓
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%	✓	✓
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%	✓	✓
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%	✓	✓
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%	–	✓
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%	–	✓
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbykowego)	18%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbykowego)	25%	✓	✓
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbykowego)	21%	✓	✓
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbykowego)	27%	✓	✓
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbykowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%	–	✓
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%	–	✓
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%	✓	✓
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%	✓	✓
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	–	✓
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	✓	✓
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%	–	✓
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	–	✓
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	–	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	–	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	–	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	–	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	–	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	–	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	–	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	–	✓
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	–	✓
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	–	✓
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%	–	✓
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%	–	✓
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%	–	✓
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%	✓	✓
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%	✓	✓
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	✓	✓
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	✓	✓
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	✓	✓
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	✓	✓
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	✓	✓
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%	✓	✓
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%	–	✓
275	nie dotyczy	Złamanie kości zuchwy leczone operacyjnie	4%	✓	✓
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%	✓	✓
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości zuchwy)	7%	✓	✓
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%	✓	✓
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	–	✓
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	10%	✓	✓
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%	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
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%	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%	✓	✓
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczone zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	–	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone zachowawczo	9%	–	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone operacyjnie	21%	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓

CHOROBY SKÓRY

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
334	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%	✓	✓
335	5 lat	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	–	✓

CHOROBY SKÓRY

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
336	5 lat	Choroba ropna skóry, choroba wirusowa skóry, choroba pęcherzowa skóry leczone zachowawczo oraz zabiegowo	4%	-	✓
337	5 lat	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%	✓	✓
338	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrzodzeń w przebiegu cukrzycy)	18%	✓	✓
339	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	24%	✓	✓
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%	-	✓
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	8%	-	✓
342	5 lat	Choroba wynikająca z nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia oraz łuszczyca leczone zachowawczo	8%	-	✓
343	5 lat	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%	-	✓
344	5 lat	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%	✓	✓
345	5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	3%	-	✓
346	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%	✓	✓
347	5 lat/5 lat	Choroba sutka leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%	✓	✓
348	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z wycięciem węzła chłonnego wartowniczego	6%	✓	✓
349	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%	✓	✓
350	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczony operacyjnie	8%	✓	✓
351	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%	✓	✓
352	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	9%	✓	✓

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

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

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	-	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	-	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	-	✓
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	-	✓
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodnego	10%	✓	✓

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	–	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓

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

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%	–	✓
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%	✓	✓
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%	✓	✓
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%	✓	✓

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%	✓	✓
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%	✓	✓
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%	–	✓
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	–	✓
407	5 lat/5 lat	Torbiel/nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
408	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
409	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%	✓	✓
410	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
411	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
412	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%	–	✓
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓

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

TRAUMATOLOGIA					
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/II stopnia leczone zachowawczo	6%	–	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone zachowawczo	11%	–	✓
430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓

TRAUMATOLOGIA

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń	
				Wariant I	Wariant II
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%	–	✓
440	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	16%	–	✓
441	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	–	✓
442	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	17%	–	✓
443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%	✓	✓
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%	–	✓

Część 2

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

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

Część 3

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

¹ Świadczenie to nie jest należne jeżeli Towarzystwo wypłaciło ubezpieczonemu takie świadczenie w ramach którejkolwiek umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA NR PGZ/PZK/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 ZESPÓŁ nr PGZ/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, przeszkronej 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 pozopłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych, 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 trwały ubytek neurologiczny;
 - 5) **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - a) przetaczanie preparatów krwipochodnych;
 - b) podawanie preparatów stymulujących szpik;
 - c) podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego, potwierdzone przez specjalistę hematologa;
 - 6) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed przystąpieniem do ubezpieczenia** – każdy uraz, którego uczestnik doznał przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej lub każda choroba uczestnika, której objawy występowały przed przystąpieniem do niniejszej umowy dodatkowej, lub która została zdiagnozowana i medycznie wskazane było jej leczenie, to jest stosowanie leków, wykonywanie badań, korzystanie z porad lekarskich, przed przystąpieniem do ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy leczenie przeprowadzono, a także następstwa chorób i urazów, o których mowa wyżej, nawet jeśli zostały zdiagnozowane i/lub określony został sposób ich leczenia po dacie przystąpienia uczestnika do przedmiotowego ubezpieczenia;
 - 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) (≤ 1 mm, 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 wszczęcie 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 laserowe;
- 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) **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;
- 13) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 2 ust. 2 niniejszych warunków ogólnych schorzenie uzdennika;
- 14) **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 białego, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
- 15) **rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej dwadzieścia procent całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia;
- 16) **schyłkowa niewydolność wątroby** (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
 - b) trwała żółtaczka;
 - c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wrotna;
- 17) **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, potwierdzone ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- 18) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
- 19) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, charakteryzujące się świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- 20) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem polegająca na jednoczesnej utracie obu rąk (dłoni) lub obu stóp albo jednoczesnej utracie jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;

- 21) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 22) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia, spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę laryngologa na podstawie badań audiometrycznych;
- 23) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 24) **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;
- 25) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 26) **zawał serca** – 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);
- 27) **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 poważnego zachorowania, 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 w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu umowy:
- 1) wariant 1 – wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 1;
- 2) wariant 2 – wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 2;

2. W ramach poważnego zachorowania zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie u uczestnika wymienionych poniżej schorzeń sklasyfikowanych w ramach czterech grup:

Poważne zachorowanie – wersja 1	Poważne zachorowanie – wersja 2
Grupa I	
a) niewydolność nerek; b) przeszczep narządów; c) śpiączka;	a) niewydolność nerek; b) przeszczep narządów; c) śpiączka; d) stwardnienie rozsiane; e) schyłkowa niewydolność wątroby;
Grupa II	
a) zawał serca; b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych; c) operacja aorty; d) udar mózgu;	a) zawał serca; b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych; c) operacja aorty; d) udar mózgu; e) angioplastyka naczyń wieńcowych; f) operacja zastawek serca;
Grupa III	
a) nowotwór złośliwy;	a) nowotwór złośliwy; b) niedokrwiłość aplastyczna; c) łagodny nowotwór mózgu;
Grupa IV	
a) rozległe oparzenie; b) utrata wzroku; c) utrata mowy;	a) rozległe oparzenie; b) utrata wzroku; c) utrata mowy; d) utrata słuchu; e) utrata kończyn; f) porażenie kończyn; g) gruźlica

3. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika jest:
- 1) dzień zabiegu lub zabiegu operacyjnego – w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 1 oraz pkt 9-11,
- 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 14,
- 3) ostatni dzień 12 (dwunasto) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku wskazanym w § 1 ust. 1 pkt 21,
- 4) dzień rozpoznania jednostki chorobowej wskazany w dokumencie zawierającym wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę – w przypadkach wskazanych w § 1 ust. 1 pkt 8,
- 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 4, 5, 12, 17, 18, 22 i 23,
- 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, o ile w następstwie postawionego rozpoznania zostało przeprowadzone leczenie przeciwprątkowe w warunkach szpitalnych – w przypadku wskazanym w § 1 ust. 1 pkt 2,
- 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją – w pozostałych przypadkach.
4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania uczestnika 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.
5. 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 uprawnień do świadczeń z tytułu innych poważnych zachorowań sklasyfikowanych odpowiednio do grupy II i IV.

§ 3. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. W okresie pierwszych stu dwudziestu dni obejmowania uczestnika ochroną z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Po upływie okresu, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również poważne zachorowania spowodowane innymi przyczynami niż nieszczęśliwy wypadek przy czym wysokość świadczenia z tego tytułu przez okres kolejnych pięćdziesięciu dni ograniczona jest do kwoty stanowiącej odpowiedni procent wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania uczestnika. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym pierwszego z tych dni wynosi dwa procent sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania i wzrasta o dwa procent dziennie, osiągając ostatniego dnia sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
5. Postanowienia ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu dotyczą również przypadku zmiany wariantu umowy, o których mowa w § 2 ust. 1., lub każdej innej zmiany polegającej na rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w niniejszej umowie dodatkowej poprzez zwiększenie liczby chorób. W przypadku schorzeń, o które zostaje rozszerzony zakres ubezpieczenia, przez datę zawarcia umowy dodatkowej należy rozumieć datę początku okresu oferowania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej z rozszerzoną liczbą chorób stanowiących poważne zachorowanie. Postanowienia ustępu 3 i 4. dotyczą wówczas świadczeń z tytułu wystąpienia chorób, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. Postanowień ustępów 3 i 4 niniejszego paragrafu nie stosuje się do przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.
7. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) wystąpienia pierwszego z poważnych zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa;
 - 2) wystąpienia trzeciego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa;
 - 3) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 4) 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 sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
8. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 6 pkt 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania z upływem stu dwudziestu dni

bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

§ 4. OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie uczestnika wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) na skutek nadużywania przez uczestnika alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik 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 uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 8) w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
 - 9) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
 - 10) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe będzie spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia.
3. Postanowienie ust. 2 niniejszego paragrafu dotyczy również przypadku zmiany wariantu umowy, o którym mowa w § 2 ust. 1, lub każdej innej zmiany polegającej na rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w niniejszej umowie dodatkowej poprzez zwiększenie liczby chorób. W przypadku schorzeń, o które zostaje rozszerzony zakres ubezpieczenia, sformułowanie „występujące przed przystąpieniem do ubezpieczenia” należy rozumieć jako: „występujące przed datą początku okresu oferowania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej z rozszerzoną liczbą chorób stanowiących poważne zachorowanie”.
4. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia u uczestnika:
 - 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika, chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 3) operacji pomostowania lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika chorobę niedokrwinną serca.
5. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania uczestnika nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika nastąpi jego śmierć.

§ 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 ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarza leczeniu.
2. O wystąpieniu poważnego zachorowania 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 uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowej objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej oraz liczbę świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu poważnego zachorowania uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania uczestnika wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania uczestnika nie mają charakteru wyłącznego wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, Towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa 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 ASSISTANCE – WARIANT II NR PGZ/AS2/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Zespół nr PGZ/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) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, działający na zlecenie Towarzystwa i udzielający uczestnikowi świadczeń opiekuńczych, dostępny pod czynnym całą dobę numerem telefonu +48 22 563 11 35;
- 2) **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej;
- 3) **data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana jako dzień złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę w dokumencie zawierającym przedmiotowe oświadczenie; w przypadku braku wskazania daty w dokumencie zawierającym oświadczenie

o wypowiedzeniu umowy o pracę, za datę wypowiedzenia tej umowy uznaje się dzień, w którym oświadczenie to zgodnie z zapewnieniem uczestnika, zostało złożone;

- 4) **dziecko uczestnika** – dziecko własne lub przysposobione uczestnika;
- 5) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 6) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 7) **małżonek uczestnika** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego;
- 8) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika, wymagający pomocy lekarskiej, zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 10) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z uczestnikiem, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 11) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 12) **rodzic uczestnika** – naturalny ojciec lub naturalna matka uczestnika lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia uczestnika. Za rodzica uczestnika uważa się również ojczyma lub macochę uczestnika, jeżeli w dniu zdarzenia nie żyje ojciec lub matka uczestnika;
- 13) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający uczestnikowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 14) **transport medyczny** – transport zapewniony uczestnikowi przez centrum operacyjne w sposób wskazany przez lekarza centrum operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia uczestnika nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
- 15) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 16) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 17) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;

- 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na:
- wystąpieniu u uczestnika nagłego zachorowania;
 - wystąpieniu u uczestnika nieszczęśliwego wypadku powodującego fizyczne uszkodzenie ciała uczestnika;
 - pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 5;
 - pogorszeniu się stanu zdrowia uczestnika w następstwie utraty pracy przez uczestnika w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę od Ubezpieczającego będącego jednocześnie Pracodawcą, gdy wypowiedzenie następuje z przyczyn dotyczących Ubezpieczającego (przez które rozumie się w szczególności przyczyny ekonomiczne, produkcyjne, zmiany organizacyjne albo technologiczne, upadłość albo likwidację zakładu pracy, zwolnienia grupowe).
2. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych umowy dodatkowej używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

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

i o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

- transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- 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 18 ppkt a lub b, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; lub gdy uczestnik, skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
- opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji gdy uczestnik w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - 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);
 - przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania uczestnika i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

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

- 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;
- 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:
 - 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;
 - 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;

- 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 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 całonocnego 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 możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
 7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 6, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
 - 9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
 - 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);
 - 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
 - 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
 - 14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
 8. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 7, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:
 - 1) objawach ciąży;
 - 2) badaniach prenatalnych;
 - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
 - 4) szkołach rodzenia;
 - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - 6) karmieniu noworodka;

- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
- 8) pielęgnacji noworodka.
9. Informacje, o których mowa w ust. 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.
10. W ramach świadczeń, wymienionych w ust 2 pkt 8, Towarzystwo gwarantuje rodzicowi uczestnika organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej pięciu dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego;
 - 2) osobisty asystent – zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi uczestnika podczas transportu medycznego do i z placówki medycznej oraz będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w placówce medycznej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego.
11. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 9 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
 - 1) pomoc psychologa – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14, centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Termin i miejsce wizyty uzgadniane jest z uczestnikiem;
 - 2) pakiet informacyjny – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez uczestnika kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 wysyła do uczestnika zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące pisania życiorysu wraz ze wzorem;
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (dane nt. zakresu, treści oraz sposobu przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
 - c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu;
 - 3) infolinia pracownicza – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
 - 4) pomoc w poszukiwaniu pracy – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od uczestnika listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy, specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla uczestnika, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę uczestnikowi.
12. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 11 pkt 1-4, jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z innych przyczyn niż wina pracownika lub wypowiedzenie przez pracownika umowy o pracę.
13. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przesłać do centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
14. W przypadku gdy uczestnik nie wypełnia obowiązków określonych w ust. 13 Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
15. Z wyłączeniem świadczenia wskazanego w ust. 3 pkt 14, wszystkie pozostałe świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
16. Limit na świadczenia, o których mowa w ust. 3, 4, 5, 6, 10, 11, wynosi łącznie 3000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia.
17. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz centrum operacyjnego.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
 2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym, niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
 - a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
 3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) przekształcenie udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe.
- W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:
- a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 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 1-3 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 d wygasa z upływem sześciu miesięcy od dnia, w którym uczestnik otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę, pod warunkiem zachowania terminów, o których mowa w § 2 ust. 13.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

Towarzystwo zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a uczestnikiem w zakresie opisanym w ust. 11, przez okres sześciu miesięcy, licząc od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 13 i 14.

§ 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 zalecone przez lekarza;
 - k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - m) chorób przewlekłych.
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 terrorizmu, 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 Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 4 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

SPIS TREŚCI

Warunki ogólne grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Zespól nr PGZ/2016/1	1
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2016/1	9
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGZ/ZKW/2016/1	11
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2016/1	12
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2016/1	14
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2016/1	15
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/LZW/2016/1	17
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGZ/L3K/2016/1	19
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2016/1	21
Wykaz nr 1/2016. Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” PGZ/HCB/2016/1	24
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania nr PGZ/PZK/2016/1	37
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia assistance – wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	40

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 dywersyfikowanie 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. Poziom wartości 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 bezpo-

średnio 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 zdywersyfikowanie 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 stanowić 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 zdywersyfikowanie 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 strategii 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 zapewnienia 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 przed 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 decyzji o wprowadzeniu 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 obowiązująca 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 znaczącym 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 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.

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, perspektyw 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 strategii 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 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 stanowić 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 strategii 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 pomniej-

szane 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 osiąganych 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 pozwała 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 umarżane 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 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 ZESPÓŁ Nr PGZ/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, 5 (str. 3), § 9 ust. 1 (str. 4), § 17 (str. 6), § 21 (str. 7), § 22 ust. 2 (str. 7), § 23 ust. 3 (str. 7)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2016/1	§ 2 (str. 10) , § 7 (str. 10)
	śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGZ/ZKW/2016/1	§ 2 (str. 11), § 7 (str. 12)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2016/1	§ 2 ust. 1, 2 (str. 12), § 7 (str. 13)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2016/1	§ 2 (str.14) , § 7 (str. 15)
	powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2016/1	§ 2 (str.16) , § 7 (str. 16)
	leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/LZW/2016/1	§ 2 ust. 1, 2 (str.17) , § 7 (str. 18)
	leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGZ/L3K/2016/1	§ 2 ust. 1, 2, 3 (str.20) , § 7 (str. 21)

	świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2016/1	§ 2 ust. 1, 2, 3, 4 i 5 (str. 22), § 7 ust. 1-7 (str. 23)
	poważnego zachorowania nr PGZ/PZK/2016/1	§ 2 (str. 38) , § 7 ust. 2, 3 (str. 40)
	assistance – Wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	§ 2 (str. 41), § 5 (str. 44)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;	Warunki ogólne umowy głównej	§ 7 ust. 3, 4 (str. 3), § 10 (str. 4), § 11 (str. 4), § 12 ust. 2, 3 (str. 5), § 20 ust. 2 (str. 7)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2016/1	§ 4 (str. 10), § 5 ust. 2, 3 (str. 10)
	śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego nr PGZ/ ZKW/2016/1	§ 4 (str. 11), § 5 ust. 2, 3 (str. 12)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2016/1	§ 2 ust. 3, 4 (str. 12), § 4 (str. 13), § 5 ust. 2 i 3 (str. 13)
trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2016/1	§ 4 (str. 14), § 5 ust. 2, 3 (str. 15)	

	powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2016/1	§ 4 (str. 16), § 5 ust. 2 (str. 16)
	leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/LZW/2016/1	§ 2 ust. 3, 4 (str. 17), § 4 (str. 18), § 5 ust. 2, 3 (str. 18)
	leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGZ/L3K/2016/1	§ 2 ust. 4, 5, 6, 7, 8 (str. 20), § 3 ust. 4 (str. 20), § 4 (str. 20) oraz § 5 ust. 2, 3 (str. 21)
	świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGZ/HCB/2016/1	§ 2 ust. 6, 7, 8, 9, 10 (str. 22), § 3 ust. 4 (str. 23), § 4 (str. 23) oraz § 6 ust. 2, 3 (str. 23)
	poważnego zachorowania nr PGZ/PZK/2016/1	§ 2 ust. 5 (str. 39), § 3 ust. 3, 4, 5, 6, 8 (str. 39), § 4 (str. 39), § 5 ust. 2, 3 (str. 40)
	assistance – Wariant II nr PGZ/AS2/2016/1	§ 4 (str. 44)

<p>3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;</p>	<p>Warunki ogólne umowy głównej</p>	<p>§ 13 (str. 5) , § 14 (str. 5), § 16 ust. 7, 8, 9, 10 (str. 6), § 17 ust. 4, 5 (str. 6), § 27 (str. 8)</p>
<p>4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.</p>	<p>Zapisy w dokumencie ubezpieczenia (polisie)</p>	

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

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