

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY
UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI
DO PRACY (NP/JUN/4/2024)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 ust. 1-6 z uwzględnieniem definicji w §1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§2 ust. 7-9 §3 §6 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§7 §9 ust. 1
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/JUN/4/2024)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyjątkowo do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych ze spółką Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna, które są regulowane przez Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Aktywność Zarobkowa** – wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiągnięciu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje;
- 2) **Choroba Psychiczna** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji Towarzystwo uwzględni nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych);
- 3) **Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia** lub **Umowa Dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) Pierwsza Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy Dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) Kolejna Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia Umowy Dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego; Kolejna Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta wyjątkowo następnego dnia po rozwiązaniu poprzedniej Umowy Dodatkowej;
- 4) **Niezdolność do Pracy** – Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy lub Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy;
- 5) **Nowotwór Złośliwy w Niskim Stopniu Zaawansowania** lub **o Niskim Potencjale Złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości.

Ubezpieczenie obejmuje następujące Nowotwory Złośliwe w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości:

- a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,
- b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Bresłowa,
- c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0),
- d) rak brodawkowy lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,
- e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwieńca prawdziwa,

f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne.

Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika.

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- dysplazji,
- zmian przedrakowych,
- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia;

6) **Nowotwór Złośliwy w Wysokim Stopniu Zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe.

Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), biataczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Bresłowa.

Rozpoznanie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.

W zakresie Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów, które spełniają definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości,
- guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne).

Ubezpieczenie nie obejmuje:

- nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji,
- mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV.

Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia;

7) **Pobyt w Szpitalu** – nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, od dnia rejestracji do dnia wypisu. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt ten musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i musi rozpoczynać się w czasie ochrony ubezpieczeniowej; nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w więcej niż jednym Szpitalu jest traktowany jako jeden Pobyt w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym lub ratunkowym, w ośrodku opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym;

8) **Szpital** – podmiot leczniczy, który:

- a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz
- b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych;

9) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek Aktywności Zarobkowej. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej,

- b) być spowodowana rozstrojem zdrowia lub uszkodzeniem ciała, które również wystąpiły w czasie tej ochrony,
 - c) utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 12 (dwunastu) miesięcy,
 - d) po zakończeniu tego minimalnego okresu utrzymywania się – na podstawie aktualnej wiedzy i oceny medycznej – charakter trwały, całkowity i nieodwracalny, czyli nie rokować odzyskania zdolności do wykonywania żadnej Aktywności Zarobkowej.
- Jeśli podczas tego minimalnego okresu utrzymywania się Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia uległa rozwiązaniu z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia i Towarzystwo nie zaproponowało zawarcia Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej;

10) **Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy (Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy)** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania Aktywności Zarobkowej zgodnej z poziomem posiadanych kwalifikacji, spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy. Ta niezdolność musi spełniać wszystkie poniższe warunki:

- a) rozpocząć się w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy,
- b) być spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które również wystąpiło w czasie tej ochrony,
- c) z powodu tego zachorowania utrzymywać się w czasie tej ochrony nieprzerwanie przez minimalny okres 3 (trzech) miesięcy.

Ubezpieczenie obejmuje Trzymiesięczną Niezdolność do Pracy spowodowaną Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, która została potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi wystawionymi w związku z tym zachorowaniem. Takim zaświadczeniem lekarskim jest zwolnienie lekarskie lub inny równoważny dokument przewidziany w przepisach o ubezpieczeniach społecznych i wydawany na ich podstawie in statu utriusque do świadczących świadczeń za okres Niezdolności do Pracy, w tym świadczeń z ubezpieczenia chorobowego, wypadkowego lub rentowego. Takie zaświadczenia lekarskie muszą obejmować nieprzerwany minimalny okres 3 (trzech) miesięcy przypadających w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy. Dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest wtedy pierwszy dzień nieprzerwanego okresu, na jaki wystawiono takie zaświadczenia lekarskie.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy nie może zostać potwierdzona takimi zaświadczeniami lekarskimi, to wystarczy, że w ramach leczenia Zachorowania na Nowotwór Złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy:

- zastosowano leczenie operacyjne podczas Pobytu w Szpitalu w związku z tym zachorowaniem i wtedy dzień, w którym przeprowadzono to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy; ubezpieczenie nie obejmuje biopsji igłowych, kolonoskopii, gastroskopii ani endoskopii górnych ani dolnych dróg oddechowych

lub

- zastosowano chemioterapię onkologiczną, radioterapię onkologiczną lub immunoterapię onkologiczną i wtedy dzień, w którym rozpoczęto to leczenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy

lub

- zalecono paliatywne leczenie tego zachorowania i wtedy dzień, w którym onkolog wydał to zalecenie jest dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy.

Jeśli Trzymiesięczna Niezdolność do Pracy jest potwierdzona przez więcej niż jeden ze sposobów leczenia wskazanych powyżej, to wtedy dniem rozpoczęcia Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest najwcześniejszy z dni wskazanych dla tych sposobów leczenia.

Jeśli podczas minimalnego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy wskazanego powyżej, Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia uległa rozwiązaniu z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia i Towarzystwo nie zaproponowało zawarcia Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, to ostatni dzień tego minimalnego okresu nie musi przypadać w czasie ochrony ubezpieczeniowej;

11) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia; Ubezpieczonym może być Ubezpieczony w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia, mający w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w Pierwszej

Dodatkowej Umowie Ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;

- 12) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 13) **Zachorowanie na Nowotwór Złośliwy** – choroba Ubezpieczonego, która:
 - a) spełnia definicję Nowotworu Złośliwego w Wysokim Stopniu Zaawansowania lub definicję Nowotworu Złośliwego w Niskim Stopniu Zaawansowania lub o Niskim Potencjale Złośliwości
 - oraz
 - b) wystąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, i nie stanowi progresji, przerzutu ani innej wznowy nowotworu złośliwego, który wystąpił przed rozpoczęciem tej ochrony.

Dniem Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy;
 - 14) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka górską lub skatkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 15) **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;
 - 16) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – Niezdolność do Pracy.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Główna Umowa Ubezpieczenia.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do spełnienia – na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia – świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest udzielana w ramach Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia zawieranej na podstawie oferty Ubezpieczającego złożonej po 13 września 2024 r. lub w ramach Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia zawieranej na podstawie oferty Towarzystwa złożonej po tym dniu.

4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy jest równa odpowiedniemu procentowi sumy ubezpieczenia.
 5. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy, w przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia pozostaje przy życiu w chwili wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, polega na:
 - 1) Alokowaniu na Rachunek Świadczeń – zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego we Wniosku Ubezpieczeniowym – części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy, poprzez zarachowanie na tym Rachunku odpowiedniej liczby Jednostek Funduszu Gwarantowanego, a jeżeli nie jest dostępny, to Jednostek Funduszu Gwarancji Zysku
oraz
 - 2) wypłacie Ubezpieczonemu pozostałej części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy.
 6. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie Niezdolności do Pracy, w przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia nie żyje w chwili wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jest wypłacane Ubezpieczonemu.
 7. Po spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy – w ramach Pierwszej lub Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia – ubezpieczenie nie obejmuje innej Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - 1) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 (dwanaście) miesięcy
lub
 - 2) obie niezdolności były spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
lub
 - 3) obie niezdolności były spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
 8. Po spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy – w ramach Pierwszej lub Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia – ubezpieczenie nie obejmuje Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli:
 - 1) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu
lub
 - 2) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 (dwanaście) miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy
lub
 - 3) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 (dwanaście) miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie.
 9. Ubezpieczenie nie obejmuje Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana Zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, które miało miejsce w pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dniach ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczenie nie obejmuje również Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy, jeśli została spowodowana progresją, przerzutem lub inną wznową tego nowotworu złośliwego – niezależnie od momentu ich wystąpienia.
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z Wyczynowym Uprawianiem Sportu lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu Terrorystycznego, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie Terrorystycznym lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia tej umowy.
 3. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie Aktywności Zarobkowej Ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu Zawodowego Uprawiania Sportu przez Ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:
 - 1) proponuje Ubezpieczającemu zmianę wysokości Regularnej Składki z tytułu Umowy Dodatkowej adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo
albo
 - 2) zdecydował, iż w ofertach zawarcia Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego
albo
 - 3) zdecydował o zaprzestaniu składania Ubezpieczającemu ofert zawarcia Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia.

§ 3. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie Niezdolności do Pracy nie zostanie spełnione, jeżeli Niezdolność do Pracy nastąpiła:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnieniem w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z Chorobą Psychiczną Ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV;

§ 4. ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego Ubezpieczonego.
2. Pierwsza Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego, Dodatkową Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy. Do zawarcia Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w zakresie nieuregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia.
3. Kolejna Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego:
 - 1) Towarzystwo proponuje Ubezpieczającemu zawarcie Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile Ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat.

- 2) Towarzystwo ma prawo nie zaproponować zawarcia Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia, jeżeli nie została optacowana w wyznaczonym terminie Regularna Składka z tytułu wcześniejszych Umów Dodatkowych.
- 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia Głównej Umowy Ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości Regularnej Składki Inwestycyjnej z tytułu Umowy Głównej, a składanej Ubezpieczającemu w związku z Rocznicą Ubezpieczenia (indeksacja). Powyższe oznacza, że Kolejna Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że Ubezpieczający w terminie wskazanym w powyższych postanowieniach Głównej Umowy Ubezpieczenia poinformuje Towarzystwo o nieprzyjęciu oferty. Dokumentem Ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą Rocznicą Ubezpieczenia, wówczas Pierwsza Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą Rocznicę Ubezpieczenia następującą po dniu zawarcia Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą Rocznicą Ubezpieczenia, wówczas Pierwsza Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą Rocznicę Ubezpieczenia następującą po dniu zawarcia Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia.
4. Kolejna Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku począwszy od dnia następnego po zakończeniu poprzedniej Umowy Dodatkowej, aż do dnia poprzedzającego odpowiednią następną Rocznicę Ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu pierwszej Regularnej Składki z tytułu Pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia.

§ 6. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy jest równa 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy jest równa 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia.
3. Jeśli po spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy – w ramach Pierwszej lub Kolejnych Dodatkowych Umów Ubezpieczenia – wystąpiła Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i ponadto:
 - 1) obie niezdolności rozpoczęły się w tym samym dniu lub
 - 2) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 (dwanaście) miesięcy i obie są spowodowane tym samym nowotworem złośliwym, z uwzględnieniem także progresji, przerzutu lub innej wznowy lub
 - 3) dni ich rozpoczęcia dzieli okres krótszy niż 12 (dwanaście) miesięcy i obie są spowodowane Zachorowaniami na Nowotwory Złośliwe, które to nowotwory dotyczą tego samego narządu lub drugiego takiego samego narządu w przypadku narządów położonych symetrycznie,wtedy to spełnione świadczenie jest częścią świadczenia ubezpieczeniowego w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, a Towarzystwo spełnia świadczenie ubezpieczeniowe uzupełniając do kwoty, która przysługuje w razie Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

4. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w Dokumencie Ubezpieczenia.
5. Składając ofertę zawarcia Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia wraz z wysokością Regularnej Składki z tytułu Umowy Dodatkowej ustaloną zgodnie z §7 ust.2. Jeżeli Towarzystwo proponuje wzrost tej sumy ubezpieczenia, to jej procentowy wzrost będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji Regularnej Składki Inwestycyjnej z tytułu Umowy Głównej.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać Regularną Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej w wysokości oraz terminach wskazanych w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Wysokość Regularnej Składki z tytułu Umowy Dodatkowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki Regularnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących Ubezpieczonego, w tym jego Wiek w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - 2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia, które obejmują ryzyko niezdolności do pracy oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących te umowy: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla tych umów, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. W razie rozwiązania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala jaka część wpłaconej Regularnej Składki z tytułu Umowy Dodatkowej – po potrąceniu kwoty należności z tytułu Umowy Ubezpieczenia – podlega zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W razie jednoczesnego rozwiązania Głównej Umowy Ubezpieczenia albo jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, powyższą składkę zwraca się razem ze zwracaną Regularną Składką Ochronną z tytułu Umowy Głównej zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia tej umowy, zaś w pozostałych przypadkach powyższą składkę zwraca się Ubezpieczającemu.

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą:
 - 1) odpowiednio w ostatnim dniu minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy albo minimalnego 3-miesięcznego okresu utrzymywania się Trzymiesięcznej Niezdolności do Pracy lub
 - 2) w dniu rozwiązania – z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia – tej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, w czasie trwania której rozpoczęła się Niezdolność do Pracy, jeśli Towarzystwo nie zaproponowało zawarcia Kolejnej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia albo zaproponowało jej zawarcie z sumą ubezpieczenia niższą od dotychczasowej, w zależności od tego, który z tych dni jest wcześniejszy.
2. Alokacja części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy zgodnie z §2 ust. 5 pkt 1 następuje według Wartości Jednostki Funduszu obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy wraz z dokumentami potwierdzającymi Zdarzenie Ubezpieczeniowe.
3. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenie Ubezpieczeniowe stanowi dokumentacja medyczna z przebiegu diagnostyki i leczenia Ubezpieczonego, w tym: dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, wyniki badań, zwolnienia, orzeczenia i zaświadczenia lekarskie, kopie decyzji organów rentowych oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i spełnieniem świadczenia ubezpieczeniowego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Ubezpieczonego w związku

z Trwałą i Całkowitą Niezdolnością do Pracy, Towarzystwo może wymagać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.

4. Do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do Pracy w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia Głównej Umowy Ubezpieczenia dotyczące spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9. ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Dodatkowej i jednocześnie Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Regularną Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z końcem ostatniego dnia Miesiąca Ubezpieczenia bezpośrednio następującego po Miesiącu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej,
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) z końcem ostatniego dnia minimalnego okresu utrzymywania się Niezdolności do Pracy, tytułem której Towarzystwo spełniło świadczenie ubezpieczeniowe w łącznej wysokości 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia,
 - 4) z końcem ostatniego dnia minimalnego 12-miesięcznego okresu utrzymywania się najwcześniejszej Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - 5) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - 6) z dniem przekształcenia Głównej Umowy Ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 7) z dniem rozwiązania Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 10. ADMINISTROWANIE DANymi OSOBOWYMI

1. Towarzystwo gromadzi i przetwarza tylko te dane osobowe, które są konieczne do zawarcia i wykonywania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia. Towarzystwo jest administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty otrzymane przed zawarciem Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o świadczenie ubezpieczeniowe, zawiadomienia).
3. Towarzystwo przetwarza dane osób, które:
 - 1) chcą zawrzeć lub zawrą Dodatkową Umowę Ubezpieczenia lub będą lub są objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) są uprawnione do świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Towarzystwo przetwarza zgromadzone dane osobowe w związku z tym, że zawiera z Ubezpieczającym Dodatkową Umowę Ubezpieczenia oraz na podstawie:
 - 1) zgód osób, których te dane dotyczą,

- 2) przepisów prawa, w szczególności przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie i wykonanie Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo może wykorzystać zgromadzone dane do:
 - 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) ustalenia zasadności i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia.
- W czasie wykonywania takich czynności Towarzystwo podejmuje zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Osoba, której dane Towarzystwo przetwarza, ma prawo:
 - 1) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają przetwarzane dane,
 - 2) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - 3) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
 - 4) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez pracownika Towarzystwa.
 7. Towarzystwo może przekazać dane osobowe, które przetwarza:
 - 1) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz
 - 2) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 3) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyska zgodę osoby, której dane dotyczą.
 8. Towarzystwo może uzyskać dane Ubezpieczonego od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli ocenia ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatruje wniosek o świadczenie ubezpieczeniowe.
 9. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do:
 - 1) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia lub
 - 2) ostatniego dnia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w zależności od tego, który z nich jest późniejszy.
 10. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez Towarzystwo znajdują się na jego stronie internetowej, w Polityce prywatności.

§ 11. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, które regulują Główną Umowę Ubezpieczenia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 104/2024 i wchodzi w życie 14 września 2024 r.