

WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM OPIEKUN VIP NR PGVF/2016/1

I. POSTANOWIENIA POZĄTKOWE

§ 1 DEFINICJE

Ilekróć w Warunkach Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun VIP, 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) **aktualizacja warunków ochrony ubezpieczeniowej** – złożenie w trybie opisanym w § 14 OWU oferty odnowienia warunków ubezpieczenia obowiązujących w umowie ubezpieczenia, w tym wskazania warunków ogólnych oraz ustalenia wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **alokacja** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określonej w umowie ubezpieczenia części składki kapitałowej;
- 3) **deklaracja uczestnictwa** – deklaracja woli przystąpienia do umowy ubezpieczenia, składana przez uczestnika na formularzu Towarzystwa (również w jego wersji elektronicznej);
- 4) **dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 5) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania wpłaty na tym rachunku;
- 6) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 7) **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – ustalana przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU składka, przeznaczana na pokrycie kosztów podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 8) **kwotacja** – wstępna kalkulacja kosztu ochrony ubezpieczeniowej, przygotowana przez Towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez ubezpieczającego przed złożeniem przez niego wniosku o ubezpieczenie, nie stanowiąca oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
- 9) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 10) **OWU** – niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia wraz z załącznikami;
- 11) **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;
- 12) **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;
- 13) **sporządzenie wniosku** – czynność polegająca na wypełnieniu formularza wniosku i podpisaniu go przez ubezpieczającego oraz osobę pośredniczącą przy zawieraniu umowy ubezpieczenia przy czym sporządzenie wniosku oznacza również wypełnienie formularza w wersji elektronicznej, jego wydrukowanie i podpisanie;
- 14) **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;
- 15) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 16) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 17) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe zwane również „funduszami”** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 18) **uczestnik** – osoba, na rzecz której umowa ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona), przy czym uczestnikiem może być również ubezpieczający; w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia oraz osobę, w stosunku do której wygasa ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach umowy ubezpieczenia;
- 19) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia danego ryzyka i uzupełniająca umowę główną o ryzyko dodatkowe stanowiące rozszerzenie zakresu ubezpieczenia;
- 20) **umowa główna (główna umowa ubezpieczenia)** – zawarta na podstawie niniejszych warunków ogólnych umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 21) **umowa ubezpieczenia** – umowa główna oraz te umowy dodatkowe, które zostały zawarte jako uzupełnienie umowy głównej;
- 22) **uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika;
- 23) **uposażony zastępczy** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika w sytuacji, gdy w chwili śmierci uczestnika nie ma uposażonych;
- 24) **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;
- 25) **wartość rachunku** – łączna wartość jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku danego uczestnika;
- 26) **wniosek** – deklaracja woli zawarcia umowy ubezpieczenia, składana przez ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia ubezpieczającego dotyczące uczestników i ubezpieczającego.

II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Główna umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieoznaczony. Umowy dodatkowe zawierane są na okresy nie dłuższe niż pięć lat. Okres, po upływie którego umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu, określają postanowienia § 18 OWU.
2. Główna umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Łącznie z ofertą zawarcia umowy głównej może zostać złożona oferta zawarcia wybranych umów dodatkowych.
3. Oferta ubezpieczającego, o której mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, 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 deklarację uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku lub w tym dniu, zawierająca w szczególności imiona i nazwiska uczestników, daty ich urodzenia oraz płeć;
 - 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 składka z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, o których mowa w pkt 3), w wysokości wynikającej z wniosku o ubezpieczenie;

- 6) Towarzystwu, zgodnie z treścią dołączonych do wniosku deklaracji uczestnictwa, udzielone zostały pełnomocnictwa do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestników, 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.
4. Oferta zawarcia umowy dodatkowej może zostać złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym. Umowa dodatkowa jest przedłużana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejne okresy, nie dłuższe niż pięć lat, o ile strony tak postanowią.
 5. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego, o której mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie taką ofertę 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.
 6. O ile nie umówiono się inaczej, umowę główną na warunkach zgodnych z treścią wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty. Do chwili doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub uczestnik powinien niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o powstaniu lub zmianie jakichkolwiek okoliczności mających wpływ na zawarcie umowy ubezpieczenia, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku lub w formularzu deklaracji albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W takim przypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo uchylecia się od skutków prawnych swego oświadczenia woli o zawarciu umowy ubezpieczenia i nieważnienia dokumentu ubezpieczenia albo zmiany warunków ubezpieczenia.
 7. Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia bądź zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie dokumentu zawierającego oświadczenie Towarzystwa, wraz z pismem, w którym Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu uwagę na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści wniosku oraz wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
 8. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub złożyć ubezpieczającemu kontrofertę także w innych przypadkach niż wskazany w ust. 7, a w szczególności wówczas gdy złożony przez ubezpieczającego wniosek nie zawiera wszelkich wymaganych oświadczeń, zawiera postanowienia, które w jakikolwiek sposób zmieniają lub uzupełniają zapisy zamieszczone przez Towarzystwo w treści formularza wniosku, bądź w inny sposób nie spełnia wymagań wynikających z OWU.
 9. Do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W przypadku gdy ubezpieczający skutecznie cofnie ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego składkę w wysokości nominalnej w terminie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o cofnięciu oferty. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia lub gdy ubezpieczający nie przyjmie kontroferty Towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio.
10. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jeżeli dla przynajmniej jednego z uczestników Towarzystwo podjęło decyzję o przyznaniu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełnią warunki wskazane w umowie ubezpieczenia, składają ubezpieczającemu deklarację uczestnictwa. Deklaracja składana jest na odpowiednim formularzu Towarzystwa i może zostać złożona przez uczestnika w okresie sześćdziesięciu dni poprzedzających dzień wymagalności składki regularnej, z tym zastrzeżeniem że uczestnik będąc jednocześnie ubezpieczającym może złożyć deklarację uczestnictwa wyłącznie do dnia sporządzenia wniosku o ubezpieczenie.
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 okresie sześćdziesięciu dni poprzedzających każdy dzień oznaczony tą samą datą dzienną co dzień wymagalności składki regularnej.
3. Ubezpieczający obowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez uczestnika deklaracji uczestnictwa po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie, w terminie czterech dni od dnia jej złożenia. Wraz z powyższą informacją ubezpieczający obowiązany jest przekazać Towarzystwu oryginał deklaracji uczestnictwa.
4. Deklaracja uczestnictwa złożona po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie zostaje rozpatrzona 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 oraz dołączona do niej została aktualna kwotacja;
 - 3) została zapłacona składka z tytułu ubezpieczenia uczestnika;
 - 4) Towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostało pełnomocnictwo do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestnika, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
 - 5) 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.
5. Do rozpatrzenia deklaracji uczestnictwa złożonej po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie oraz praw i obowiązków ubezpieczającego i Towarzystwa związanych z przystąpieniem do ubezpieczenia postanowienia § 2 ust. 3 oraz ust. 6-8 stosuje się odpowiednio.
6. Złożenie deklaracji uczestnictwa przez osoby, które nie spełniają warunków wskazanych w umowie ubezpieczenia jest bezskuteczne. Złożenie deklaracji jest bezskuteczne również w przypadku, gdy deklaracja nie zostanie przyjęta przez Towarzystwo z uwagi na niespełnienie przesłanek, o których mowa odpowiednio w § 2 ust. 3 pkt 4-6 lub w ust. 4 niniejszego paragrafu. Ewentualnie opłacona przez ubezpieczającego składka z tytułu ubezpieczenia osób, które bezskutecznie złożyły deklaracje uczestnictwa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie nominalnej.
7. Za dzień przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia uważa się dzień rozpoczęcia przysługującej mu ochrony ubezpieczeniowej.

III. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 4

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem głównej umowy 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.

3. Określony w OWU zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe. Objęcie wybranych uczestników ochroną z tytułu danego ryzyka dodatkowego następuje poprzez zawarcie przez ubezpieczającego dodatkowej umowy ubezpieczenia, na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU lub odrębnych warunkach ogólnych. W razie zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo życie lub zdrowie uczestnika.
6. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa również w razie przekraczającego czterdzieści dni opóźnienia w zapłacie składki regularnej z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika, z zastrzeżeniem ust. 7. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ochrona wygasa w pierwszym dniu okresu, za który nie została opłacona składka regularna.

§ 5 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa danego uczestnika rozpoczyna się w dniu:
 - 1) podjęcia przez Towarzystwo decyzji o jej przyznaniu danemu uczestnikowi i pisemnym zakomunikowaniu tej decyzji ubezpieczającemu – w odniesieniu do uczestników, którzy złożyli deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku lub w tym dniu i dla których decyzja o przyznaniu ochrony została podjęta do daty złożenia przez Towarzystwo oświadczenia woli przyjęcia oferty bądź zawarcia umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego wniosku;
 - 2) w dniu wymagalności składki następującym bezpośrednio po dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o jej przyznaniu danemu uczestnikowi i pisemnym zakomunikowaniu tej decyzji ubezpieczającemu – w pozostałych przypadkach;
 - 3) w dniu oznaczonym tą samą datą dzienną co dzień wymagalności składki następującym bezpośrednio po dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o jej przyznaniu danemu uczestnikowi i pisemnym zakomunikowaniu tej decyzji ubezpieczającemu w przypadkach opisanych w § 3 ust. 2;
nie wcześniej jednak niż następnego dnia po tym, gdy uczestnik oświadczył ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przed przyznaniem danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez niego badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. Ponadto Towarzystwo może zażądać od uczestnika przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1 w terminie sześćdziesięciu dni od dnia otrzymania informacji i dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu oraz § 6 ust. 1, przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci uczestnika;
 - 2) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) w którym rezygnacja uczestnika z ubezpieczenia zgodnie z § 19, albo wystąpienie ze skutkiem odstąpienia zgodnie z § 20, stały się skuteczne;
 - 4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego siódmego roku życia lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
 - 5) ostatnim dniu okresu, w którym nastąpiło ustanie stosunku prawnego łączącego uczestnika z ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia uczestnika ochroną ubezpieczeniową, za który 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.
5. Poza przypadkami wskazanymi w ust. 4 lub przypadkami wskazanymi w warunkach ogólnych danej umowy dodatkowej, przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej danego rodzaju ochrona ubezpieczeniowa wygasa również:
 - 1) w przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie 7 dni od dnia dostarczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo 30 dni, jeżeli jest osobą fizyczną;
 - 2) w dniu tej rocznicy umowy głównej, w której, wskutek niemożliwości uzgodnienia zakresu zmian umowy ubezpieczenia, nastąpiło rozwiązanie wszystkich umów dodatkowych, zgodnie z postanowieniami § 14 ust. 2;
 - 3) w dniu poprzedzającym rocznicę umowy ubezpieczenia następującą po złożeniu przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej, zgodnie z zasadami wskazanymi w § 18;
 - 4) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie opisanym w § 14 OWU;
10. W przypadku, gdy w chwili opóźnienia w zapłacie składki ubezpieczający jest jedynym uczestnikiem ubezpieczenia, postanowień ust. 6 i 7 nie stosuje się. W takim przypadku Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowo co najmniej siedmiodniowy termin na zapłacenie tej składki, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli zaległa składka nie zostanie opłacona w powyższym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem tego terminu, o czym ubezpieczający jest informowany w wezwaniu Towarzystwa.
11. Na wniosek uczestnika złożony nie później niż na trzydzieści dni przed zajęciem zdarzenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 4, Towarzystwo może wyrazić zgodę na kontynuowanie udzielania ochrony ubezpieczeniowej po rocznicy ubezpieczenia, następującej bezpośrednio po ukończeniu przez danego uczestnika sześćdziesiątego siódmego roku życia.
12. Niezależnie od sytuacji opisanych w niniejszych warunkach, ubezpieczający może wnioskować o przekształcenie ochrony ubezpieczeniowej w ochronę wynikającą z ubezpieczenia bezskładkowego, o której mowa w § 6 ust. 1, w stosunku do wszystkich uczestników. W takim przypadku postanowienia § 6 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

§ 6 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Jeżeli w chwili zajścia zdarzenia wskazanego w § 5 ust. 4 pkt 4 i 5 oraz § 5 ust. 6 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 § 5 ust. 4 pkt 1–3.

§ 7 OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA

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.

§ 8

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 z tytułu ubezpieczenia na życie, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na życie lub objęciu uczestnika ww. ochroną ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.

IV. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

WYSOKOŚĆ I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia, przy czym w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 2, pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika obliczana jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia tego uczestnika przypadającego od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do najbliższego dnia wymagalności składki regularnej wynikającego z umowy ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach 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. Wysokość każdej z części składki regularnej lub sposób ich określenia wskazane są w umowie ubezpieczenia.
3. Wysokość składki stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej, w tym koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów dodatkowych, wskazana indywidualnie dla każdego uczestnika w umowie ubezpieczenia, obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących danego uczestnika, między innymi 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, wypełnianej przez uczestnika ankiecie medycznej oraz wynikach badań lekarskich, w których posiadaniu jest Towarzystwo.
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. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Składka regularna płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi, za wyjątkiem trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
5. Ubezpieczający może ponadto, w każdym czasie opłacać składkę lokacyjną za poszczególnych lub wszystkich uczestników. 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 w tym 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.

§ 10

ALOKACJA KAPITAŁOWEJ CZĘŚCI SKŁADKI REGULARNEJ ORAZ SKŁADKI LOKACYJNEJ

1. Określona w umowie ubezpieczenia część każdej wpłaconej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika kapitałowej części składki regularnej, pomniejszona uprzednio o opłatę administracyjną, podlega alokacji.
2. Określona w umowie ubezpieczenia część każdej wpłaconej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika składki lokacyjnej podlega alokacji.
3. 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.

§ 11

RACHUNEK UCZESTNIKA

1. Najpóźniej w chwili dokonywania pierwszej alokacji kapitałowej części składki regularnej wpłaconej z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników, Towarzystwo ma obowiązek wydzielenia dla każdego z nich rachunku, na którym w sposób określony w niniejszych warunkach gromadzone będą środki pochodzące z alokowanych części składek tworzących 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), a także rozgraniczenie środków pochodzących ze składek lub ich części finansowanych przez ubezpieczającego i uczestnika.
2. O ile umowa nie stanowi inaczej, wszelkie prawa do wartości rachunku przysługują uczestnikowi.

§ 12

UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

1. Inwestowanie alokowanej części kapitałowej składki regularnej oraz składki lokacyjnej odbywać się będzie zgodnie z zasadami działania wybranego przez uczestnika ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Przychody z inwestowania aktywów funduszu pochodzących z zaalokowanych składek będą dodawane do tych aktywów, powodując zmianę wartości jednostki funduszu.
2. Kapitałowa część wpłaconej składki regularnej oraz składka lokacyjna, 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 § 9, 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.
3. Uczestnik dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie część składki podlegająca alokacji, a także udziału poszczególnych funduszy w ogólnej kwocie alokowanej składki. Uczestnik dokonuje wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo, określając w deklaracji uczestnictwa 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.
4. Uczestnik 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 uczestnika i dotyczy zarówno alokowanej części składki regularnej jak i składki lokacyjnej.
5. Po upływie dwudziestu czterech miesięcy od opłacenia pierwszej składki regularnej za danego uczestnika może on zażądać przeliczenia zarachowanych na rachunku jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych na jednostki innych funduszy, prowadzonych i udostępnionych przez Towarzystwo w chwili złożenia przez uczestnika 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. 7;
 - 2) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania stosownego żądania uczestnika;

- 3) przeliczenia dokonuje się według wartości jednostek funduszy 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 tego żądania.
6. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku uczestnika, 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 stosownego żądania i zgodnie z wartością jednostek danego funduszu obowiązującą w tym dniu.
7. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku uczestnika, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – na których 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 obowiązującą w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo stosownego żądania, nie wcześniej jednak niż w najbliższym dniu przypadającym po opłaceniu ostatniej składki wymagalnej przed dniem otrzymania tego żądania.
8. Opłata manipulacyjna, o której mowa w ust. 6 i 7 nie jest pobierana w przypadku każdej pierwszej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.
9. 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.

§ 13

WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Uczestnik może w każdym czasie zażądać częściowej wypłaty przysługującej mu wartości regularnej lub częściowej lub całkowitej wypłaty przysługującej mu wartości lokacyjnej, z następującym zastrzeżeniem: minimalna wartość rachunku jednostek po wypłacie częściowej wartości rachunku nie może być niższa, niż limit dotyczący częściowej wypłaty.
2. Żądając częściowej wypłaty wartości regularnej lub lokacyjnej uczestnik obowiązany jest wskazać procentową wartość rachunku jaka ma zostać wypłacona oraz fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania wypłaty. W przypadku, gdy uczestnik wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, obowiązany 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 wartości regularnej, Towarzystwo pobiera opłatę operacyjną.
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 § 5 ust. 4 pkt. 2 i 3 oraz w ust. 6, 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 którakolwiek opłata 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 dniu kończącym okres stażu uczestnika w ubezpieczeniu
6. W przypadku wypłaty wartości rachunku w wyniku śmierci uczestnika oraz powstania niezdolności do pracy uczestnika – Towarzystwo odstępuje od pobierania opłat, o których mowa w ustępie poprzedzającym.
7. Wypłata wartości rachunku lub jego części następuje odpowiednio w terminie trzydziestu dni od dnia złożenia stosownego wniosku przez uczestnika. Dokonując wypłaty Towarzystwo odlicza z rachunku uczestnika liczbę jednostek, której wartość równa jest żądanej kwocie, przy czym odliczenie ma miejsce zgodnie z wartością jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu z najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo żądania wypłaty.

8. Wartość rachunku wypłacana jest w złotych polskich, przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.

V. ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

§ 14

AKTUALIZACJA WARUNKÓW OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Z zastrzeżeniem ust. 5, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia, Towarzystwo złoży ubezpieczającemu na piśmie, lub, o ile ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, propozycję aktualizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej będącą wynikiem obliczeń dokonywanych przez Towarzystwo zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, zawierającą:
 - 1) utrzymanie dotychczasowej wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej przy jak najlepszym dopasowaniu wysokości sum ubezpieczenia, lub
 - 2) aktualizację kosztu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Dodatkowo niezależnie od propozycji wskazanej powyżej, Towarzystwo może przedstawić ubezpieczającemu również alternatywne propozycje warunków na kolejny okres ubezpieczenia.
3. O podjęciu decyzji, o której mowa w ust. 1, Towarzystwo obowiązane jest poinformować ubezpieczającego nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w której ma nastąpić zmiana, wyznaczając mu jednocześnie termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić Towarzystwu własną propozycję odnośnie wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego umowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej.

Jeżeli:

- a) po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego Strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian
- albo
- b) w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian – w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia
- albo
- c) w przypadku braku akceptacji propozycji wskazanej w ust. 1 i jednoczesnym braku wyboru propozycji, o której mowa w ust. 2, o ile zostanie przedstawiona, a także braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

Z dniem rocznicy wygasają wszystkie umowy dodatkowe, a ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy głównej jest kontynuowana przy zachowaniu wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia wskazanych w propozycji Towarzystwa, o której mowa w ust. 1. Umowy dodatkowe mogą zostać przedłużone na kolejny okres ubezpieczenia w drodze pisemnego porozumienia stron umowy.

4. W przypadku, gdyby propozycja ubezpieczającego, o której mowa w ust. 3 miała spowodować podwyższenie wysokości lub rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej dotychczas przysługującej danemu uczestnikowi, postanowienie § 5 ust. 2 stosuje się odpowiednio. Do dnia poprzedzającego dzień wymagalności składki następującej po podjęciu przez Towarzystwo decyzji dotyczącej podwyższenia wysokości lub rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej i pisemnego zakomunikowania tej decyzji ubezpieczającemu – uczestnikowi jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa w wysokości i zakresie przysługującej mu w dniu poprzedzającym daną rocznicę ubezpieczenia.
5. Z zastrzeżeniem przypadku opisanego w ust. 6, Towarzystwo zapewni niezmienność warunków udzielania ochrony ubezpieczeniowej od daty rozpoczęcia ochrony do piątej rocznicy umowy ubezpieczenia oraz do każdej pierwszej rocznicy umowy ubezpieczenia następującej po upływie pięcioletniego okresu obowiązywania ostatnio ustalonych warunków. W przypadku uczestników przystępujących do ubezpieczenia w trakcie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zapewni niezmienność warunków ochrony ubezpieczeniowej do końca powyższego okresu, niezależnie od długości okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu uczestnikowi.
6. Warunki udzielania ochrony ubezpieczeniowej zostaną zmienione przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 5., o ile w tym okresie na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa zostanie zmieniona wysokość lub zakres ochrony ubezpieczeniowej oferowanej uczestnikom. Zmiana, o której mowa w zdaniu poprzednim, możliwa jest tylko z datą wymagalności składki regularnej. W przypadku takiej zmiany nastąpi aktualizacja warunków ochrony ubezpieczeniowej; nowo ustalone warunki ochrony ubezpieczeniowej będą obowiązywały od dnia ich aktualizacji do pierwszej rocznicy umowy ubezpieczenia następującej po upływie czteroletniego okresu obowiązywania zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, chyba że przed upływem tego okresu na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa zostanie ponownie zmieniona wysokość lub zakres ochrony ubezpieczeniowej oferowanej uczestnikom.

7. Aktualizacja warunków ochrony ubezpieczeniowej oznacza:
 - a) aktualizację kosztu ochrony w głównej umowie ubezpieczenia;
 - b) przedłużenie na okres nie dłuższy, niż 5 lat umów dodatkowych oraz aktualizację ich kosztu ochrony i warunków ogólnych ubezpieczenia;
 - c) zawarcie nowych umów dodatkowych, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia.

VI. ŚWIADCZENIA

§ 15

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA W UMOWIE GŁÓWNEJ

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika obowiązującej w dniu jego śmierci.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się również wartość rachunku uczestnika obliczoną jako sumę wartości jednostek zgromadzonych na każdym z funduszy. Wartość jednostek danego funduszu obliczana jest jako iloczyn liczby zgromadzonych w dniu śmierci uczestnika jednostek funduszu oraz wartości jednostki funduszu z dnia śmierci uczestnika.

§ 16

WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z UMOWY GŁÓWNEJ

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 § 22 ust. 2. W przypadku śmierci uczestnika poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zagraniczne dokumenty dowodowe muszą zostać 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 poinformuje uprawnionego do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Prawo wskazania uposażonych oraz uposażonych zastępczych przysługuje ubezpieczającemu albo uczestnikowi. Osoba uprawniona do wskazywania uposażonych z tytułu śmierci danego uczestnika wskazana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, iż do wykonywania tych uprawnień przez ubezpieczającego konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. W przypadku gdy uczestnik nie jest uprawniony do wskazywania uposażonych, ubezpieczający może w każdym czasie przekazać mu takie prawo, informując jednocześnie Towarzystwo o powyższym nie później niż w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia przekazania uprawnień.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez osobę wskazującą uposażonych. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono 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, zaś jego udział przypada wtedy pozostałym uposażonym w równych częściach, chyba że ubezpieczający wskaże inny podział tych środków pomiędzy uposażonych. 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. Świadczenie wypłacane jest według wyboru osoby uprawnionej przelewem bankowym.
5. 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 wypłata bezsporną część świadczenia.
6. 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

§ 17

ROZWIĄZANIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, główna 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 głównej, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej, po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć główną umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 3.

§ 18

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia jej zawarcia, 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 dodatkowej 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) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) upływu terminu na jaki umowa dodatkowa została zawarta i braku jej przedłużenia w trybie określonym w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie. Z dniem najbliższej daty wymagalności składki po upływie trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki za tę umowę w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.

§ 19

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.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez uczestnika oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania.

§ 20 WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia w terminie sześćdziesięciu 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 siedmiu 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.

§ 21 KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, w terminie trzech miesięcy, od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 5 ust. 4 pkt 5, uczestnik może złożyć Towarzystwu wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo. Towarzystwo może zażądać od uczestnika przedstawienia wszelkich informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i zawarcia umowy ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzedzającym.
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 § 6.
4. Postanowień niniejszego paragrafu nie stosuje się w przypadku gdy uczestnik jest jednocześnie ubezpieczającym nie będącym przedsiębiorcą.
5. Prawo złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1. niniejszego paragrafu nie przysługuje uczestnikowi, którego roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy zostało uznane przed dniem złożenia przedmiotowego wniosku. Prawo złożenia takiego wniosku nie przysługuje również uczestnikowi, który zgłosił roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i od daty zgłoszenia nie upłynęło jeszcze 12 miesięcy, po upływie których niezdolność do pracy jest oceniana pod kątem jej trwałości i odwracalności.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia OWU oraz pozostałych warunków ubezpieczenia, dotyczących danego uczestnika.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, ubezpieczający zobowiązany jest również do dokonywania następujących czynności:
 - 1) dostarczania Towarzystwu, nie później niż z chwilą zapłaty składek, pisemnego wykazu kwot wpłacanych z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników wraz z podaniem czy i ewentualnie jaka ich część jest finansowana przez uczestnika;
 - 2) informowania Towarzystwa o zajściu jakiegokolwiek zdarzenia skutkującego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego uczestnika;
 - 3) informowania Towarzystwa o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, niezwłocznie po uzyskaniu takiej informacji;
 - 4) kompletowania oraz przekazywania Towarzystwu dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia oraz wypłaty środków zgromadzonych na rachunku w trakcie trwania ubezpieczenia danego uczestnika.
3. Ponadto, w celu umożliwienia Towarzystwu prawidłowego wykonywania zobowiązań wynikających z zawartej umowy ubezpieczający obowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:

- 1) wykazu uczestników, którzy są objęci ubezpieczeniem, zawierającego aktualne dane odnośnie zawodu wykonywanego przez poszczególnych uczestników i otrzymywanego przez nich wynagrodzenia (wyłącznie gdy dane te mają wpływ na wysokość podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego);
 - 2) wykazu uczestników, w stosunku do których wygasła ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia wraz z podaniem przyczyny jej wygaśnięcia;
 - 3) danych dotyczących stanu zatrudnienia u ubezpieczającego, prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, jak również innych danych stanowiących podstawę ustalania kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 14;
 - 4) danych adresowych uczestników.
4. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego uczestnika, a także do zmiany umowy ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. Zmiana umowy ubezpieczenia bez zgody uczestnika nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 5. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
 6. Ubezpieczający jest obowiązany do przekazywania uczestnikom na piśmie lub, o ile uczestnicy wyrażą bez zgody, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 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.

§ 23. 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.

§ 24 DOBRE OBYCZAJE

1. Z uprawnień do ustalania wysokości ochrony ubezpieczeniowej, wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości opłat oraz innych uprawnień określonych w OWU Towarzystwo nie będzie korzystało godząc w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające Towarzystwo do stosownych ustaleń czyniłby niedozwolonymi.

§ 25 OŚWIADCZENIA WOLI

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

§ 26
PRAWO WŁAŚCIWE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

§ 27
ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. 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.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - b) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - c) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 sześćdziesięciu dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. 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.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 28
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
2. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
3. 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.

§ 29
ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część są:

- 1) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z Listą Funduszy,
- 2) Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów, o której mowa w art. 17 ust.1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ
UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI
WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
NR PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/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** – oznacza 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 ubezpieczenia;
 - 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) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
 - 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 spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 6) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami

wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

7) **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, w tym każde z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia.

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. 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. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.

4. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

1) zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego niniejszymi warunkami ogólnymi;

2) rozwiązania umowy dodatkowej;

3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;

4) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;

5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 4

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym 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 umysłową uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

§ 5

OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezzwłocznego poinformowania Towarzystwa o:

1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;

2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.

2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej danemu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.

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

§ 6

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały

zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4. Postanowienia ustępów poprzedzających 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 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/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** – oznacza 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 ubezpieczenia;
 - 3) **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;
 - 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) **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, żeglarswo 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 reasekuracyjnego;

- 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 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, w tym każde z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia.
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 powstanie kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępu poniżej, 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 iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej oraz wskaźnika procentowego, określonego zgodnie z poniższą tabelą. W drugim i kolejnych wypłatach dodatkowym czynnikiem iloczynu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, określającym wartość należnego świadczenia, jest współczynnik równy iloczynowi dopełnień do 100% wskaźników procentowych wcześniej dokonanych wypłat.

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. Wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo oceni jako sumę procentów wynikających z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, ograniczoną do 100%.
4. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia;
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku:
 - 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 4 OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub kalectwo uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:
 - 1) w 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 OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezzwłocznego poinformowania Towarzystwa o:
 - 1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - 2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej temu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
3. O powstaniu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 6 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Postanowienia ustępów poprzedzających 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 kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z 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 wyłącznie 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/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** – oznacza 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 ubezpieczenia;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio lub pośrednio 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) **trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, powstałe niezależnie od jakiegokolwiek schorzenia somatycznego lub psychicznego uczestnika, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
- 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 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;

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) 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, w tym każde z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia.

3. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku używa się pojęcia umowa dodatkowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, należy przez nie rozumieć umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych oraz każdą inną umowę dodatkową ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na Wypadek” z oferty ubezpieczeń indywidualnych Towarzystwa.

4. 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. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, 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 wskazanej w umowie dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.
5. W przypadku gdy suma trwałych uszczerbków na zdrowiu z tytułu nieszczęśliwego wypadku wskutek jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, z których należne było lub jest świadczenie z niniejszej umowy dodatkowej przekracza sto procent, to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 2.
6. 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 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 4 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. 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 powstałego 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.
2. 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 związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym 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.
3. W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej dodatkowej umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zawartej na jego rachunek. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej takich dodatkowych umów ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpiecze-

niowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 5 OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - 1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - 2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej temu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
3. O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 6 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Postanowienia ustępów poprzedzających 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia. 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.
4. 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.
5. W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym

obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.

6. 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W SYSTEMIE ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH NR PGVF/TU1/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun VIP nr PGVF/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 ubezpieczenia;
- 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) **trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, powstałe niezależnie od jakiegokolwiek schorzenia somatycznego lub psychicznego uczestnika, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiem-

dziesięciu 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;

- 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) 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 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, w tym każde z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia.
3. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych używa się pojęcia umowa dodatkowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, należy przez nie rozumieć umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych oraz każdą inną umowę dodatkową ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Na Wypadek” z oferty ubezpieczeń indywidualnych Towarzystwa.
4. 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. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, 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 kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu doznanego przez uczestnika oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
 - 1) 1 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku nie większego niż 25%;
 - 2) 1,5 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 25% do 45%;

- 3) 2 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 45% do 65%;
 - 4) 3 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 65% do 85%;
 - 5) 4 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku powyżej 85% do 100%.
3. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
 4. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.
 5. W przypadku gdy suma trwałych uszczerbków na zdrowiu z tytułu nieszczęśliwego wypadku wskutek jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, z których należne było świadczenie z niniejszej umowy dodatkowej przekracza sto procent, to świadczenie z tytułu kolejnych uszczerbków na zdrowiu wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób wskazany w ust. 2.
 6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż czterysta procent sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, ale nie więcej niż świadczenie należne z tytułu doznania przez uczestnika stu procent uszczerbku na zdrowiu.

§ 3 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku:
 - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 4 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. 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 powstałego 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.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczę-

śliwy wypadek lub trwały uszczerbek na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:

- 1) w 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 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 uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika.
3. W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej dodatkowej umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zawartej na jego rachunek. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej takich dodatkowych umów ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 5 OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - 1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - 2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej temu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
3. O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 6 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Postanowienia ustępów poprzedzających stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej przy uwzględnieniu postanowień § 2 ust. 5.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
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 funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określić, 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.

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 10 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 PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/2016/1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składowanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **działalność zarobkowa** – oznacza działalność uczestnika skierowaną 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 ubezpieczenia jest niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości 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, 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 uczestnika 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, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność do pracy uczestnika ma charakter trwały i nieodwracalny.
4. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 5) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 4 umowy głównej stosuje się odpowiednio.

§ 4 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:
 - 1) w 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 wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
 - 8) jako wynik zakażenia uczestnika HIV;
 - 9) w jakimkolwiek związku z chorobą umysłową uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

§ 5 OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - 1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - 2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej danemu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
3. O powstaniu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.

§ 6 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Postanowienia ustępów poprzedzających 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 niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek 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 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NR PGVF/NPZ/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun VIP nr PGVF/2015/1.

§ 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** – oznacza wszelką 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** – całkowita niezdolność uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
 - 5) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 2 ust. 4 niniejszych warunków ogólnych schorzenie uczestnika, zawarte i zdefiniowane w Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych warunków ogólnych;
 - 6) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 7) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód,

skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie 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;

- 8) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy, używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

§ 2. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest w zależności od wybranego przez ubezpieczającego dla danego uczestnika wariantu umowy:
 - 1) wariant 1 – niezdolność uczestnika do pracy;
 - 2) wariant 2 – wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 1;
 - 3) wariant 3 – wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 2;
 - 4) wariant 4 – wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 3;
 - 5) wariant 5 – niezdolność uczestnika do pracy oraz wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 1;
 - 6) wariant 6 – niezdolność uczestnika do pracy oraz wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 2;
 - 7) wariant 7 – niezdolność uczestnika do pracy oraz wystąpienie u uczestnika poważnego zachorowania w wersji 3;

Umowa ubezpieczenia może przewidywać ustalenie odrębnych wysokości sum ubezpieczenia dla niezdolności uczestnika do pracy oraz poważnego zachorowania.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności do pracy polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy zobowiązuje Towarzystwo taka niezdolność do pracy uczestnika, 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 3 – 6, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność uczestnika do pracy ma charakter trwały i nieodwracalny.
4. W zależności od wariantu umowy wybranego przez ubezpieczającego dla danego uczestnika, w ramach poważnego zachorowania zdarzeniem

ubezpieceniowym jest wystąpienie u uczestnika schorzenia wskazanego w kolumnie nr 1 Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych warunków ogólnych, sklasyfikowanego w ramach wybranej wersji umowy ubezpieczenia.

5. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika jest:
 - 1) dzień zabiegu/operacji – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: angioplastyka naczyń wieńcowych, operacja aorty, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, operacja zastawek serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), usunięcie płuca (pneumonektomia), zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
 - 2) dzień zakwalifikowania uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli uczestnik nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów;
 - 3) dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie choroby zamieszczonej w ust. 2 Załącznika nr 1 do niniejszych warunków ogólnych – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwór złośliwy, nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności, wrzodzące zapalenie jelita grubego;
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 2 Załącznika nr 1 do niniejszych warunków ogólnych – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: amputacja kończyn, ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi rozległe oparzenie, toczka trzewny układu (SLE), udar mózgu, zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, zawał serca;
 - 5) ostatni dzień sześciomiesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy;
 - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku gruźlicy;
 - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy), tężca i wścieklizny;
 - 8) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie poważnego zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w ust. 2 Załącznika nr 1 do niniejszych warunków ogólnych – w przypadkach pozostałych poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt. 1 – 7 powyżej.
6. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, poważnego zachorowania uczestnika – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania oraz określonego w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań procentowi nie większemu niż wielkość, która wynika z różnicy 100% i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tej umowy dodatkowej poważnego zachorowania.
7. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni,

którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w odniesieniu do ryzyka niezdolności do pracy – w dniu uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności do pracy;
 - 2) w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania – w dniu wystąpienia poważnego zachorowania, którego wypłata powoduje, że suma procentów uznanych do naliczenia wszystkich wypłat świadczeń z tej umowy dodatkowej osiągnęła 100%;
 - 3) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 4) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 6) w przeddzień rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 7 stosuje się odpowiednio.

§ 4.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy i poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli niezdolność do pracy lub 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) 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 zakażeniem uczestnika wirusem HIV (dotyczy ryzyka niezdolności do pracy);
 - 9) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego;
 - 10) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń o których mowa w Załączniku nr 1 do niniejszych warunków ogólnych lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych lub leczonych u uczestnika w okresie poprzedzającym dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania 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 niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
 - 3) pomostowania aortalno-wieńcowego lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika chorobę niedokrwienną serca.

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego wystąpi w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również wtedy, gdy poważne zachorowanie ubezpieczonego wystąpi w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej o zakresie ubezpieczenia rozszerzonym o nowe poważne zachorowania, przy czym ograniczenie to dotyczy wyłącznie tych poważnych zachorowań, o które rozszerzono zakres ubezpieczenia. Ograniczeń odpowiedzialności wskazanych powyżej nie stosuje się do poważnych zachorowań ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika nastąpi śmierć uczestnika.

§ 5.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

- 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 powstaniu niezdolności do pracy Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.
- Uczestnik ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarza leczeniu.
- O wystąpieniu poważnego zachorowania uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu niezdolności do pracy uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej.

- Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu poważnego zachorowania uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej, oraz przypisany danemu poważnemu zachorowaniu w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych warunków ogólnych procent sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, określający wysokość świadczenia, przy czym każde kolejne, wypłacane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania jest procentem sumy ubezpieczenia określanym jako mniejsza z dwóch liczb: liczba procent sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania podana w Tabeli, o której mowa powyżej, oraz liczba procent stanowiąca różnicę pomiędzy stu procentami tej sumy ubezpieczenia oraz liczbą jej procent wynikającą z wcześniej uznanych roszczeń z tytułu przedmiotowego ryzyka.

- Łączna wysokość świadczenia z tytułu niezdolności do pracy i poważnego zachorowania spowodowanych tą samą przyczyną jest ograniczona do wysokości wyższego ze świadczeń przewidzianych niniejszą umową dodatkową.

- Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania wypłacane jest uczestnikowi.

- Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Załącznik nr 1 do warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy PGVF/NPZ/2016/1

lp.	1. nazwa poważnego zachorowania	2. wysokość świadczenia jako % sumy ubezpie- czenia z tytułu poważ- nego zachorowania	3. wersja 1	4. wersja 2	5. wersja 3
1	Angioplastyka naczyń wieńcowych	10%		✓	✓
2	Łagodny nowotwór mózgu	100%		✓	✓
3	Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	100%		✓	✓
4	Niewydolność nerek	100%	✓	✓	✓
5	Nowotwór złośliwy	100%	✓	✓	✓
6	Operacja aorty	100%	✓	✓	✓
7	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)	100%	✓	✓	✓
8	Operacja zastawek serca	100%		✓	✓
9	Porażenie kończyn	100%		✓	✓
10	Przeszczep narządów	100%	✓	✓	✓
11	Rozległe oparzenie	100%	✓	✓	✓
12	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%		✓	✓
13	Stwardnienie rozsiane	100%		✓	✓

14	Śpiączka	100%	✓	✓	✓
15	Udar mózgu	100%	✓	✓	✓
16	Amputacja kończyn	100%		✓	✓
17	Utrata mowy	100%	✓	✓	✓
18	Utrata słuchu	100%		✓	✓
19	Utrata wzroku	100%	✓	✓	✓
20	Zawał serca	100%	✓	✓	✓
21	Choroba Alzheimera	50%			✓
22	Choroba Parkinsona	50%			✓
23	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	50%			✓
24	Pourazowe uszkodzenie mózgu	50%			✓
25	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	25%			✓
26	Choroba Leśniowskiego-Crohna	25%			✓
27	Dystrofia mięśniowa	50%			✓
28	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych	25%			✓
29	Wirusowe zapalenie mózgu	25%			✓
30	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)	50%			✓
31	Schyłkowa niewydolność oddechowa	50%			✓
32	Choroba Creutzfeldta-Jacoba	50%			✓
33	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	50%			✓
34	Ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi	25%			✓
35	Gruźlica	10%			✓
36	Bakteryjne zapalenie wsierdzia	25%			✓
37	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	25%			✓
38	Ciężka sepsa (posocznica)	25%			✓
39	Tężec	25%			✓
40	Wścieklizna	25%			✓
41	Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności	10%			✓
42	Operacja mózgu	25%			✓
43	Operacja tętnicy płucnej	25%			✓
44	Postępujące porażenie nadjądrowe	50%			✓
45	Usunięcie płuca (pneumonektomia)	50%			✓
46	Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	25%			✓

2. Ilekroć w niniejszym załączniku, warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy, 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) **amputacja kończyn** – pourazowa utrata kończyny w miejscu wypadku lub zabieg operacyjny polegający na odjęciu kończyny wskutek choroby lub wypadku – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – musi dotyczyć jednocześnie co najmniej dwóch kończyn: na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej, na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
 - 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – zabieg polegający na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wykonany pierwszorazowo, przy użyciu przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, zalecony przez lekarza specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych;
 - 3) **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
 - 4) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych. Przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 5) **choroba Alzheimera** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji). Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym zaburzeń psychicznych, AIDS lub nadużywania alkoholu oraz narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 6) **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastej tkanki mózgowej, powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania,

- w tym w oparciu o wyniki badań EEG i badań obrazowych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹⁾;
- 7) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca w trakcie leczenia wykonania częściowej resekcji jelita cienkiego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
 - 8) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rógów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy;
 - 9) **choroba Parkinsona** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹⁾, przy równoczesnym potwierdzeniu na podstawie obiektywnych objawów, że choroba ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Przypadki zespołu Parkinsona wywołanego przez czynniki toksyczne lub spowodowane nadużywaniem leków lub alkoholu nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 10) **ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch narządów i układów spośród takich jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej. Obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 11) **dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹⁾;
 - 12) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnego próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
 - 13) **ładny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 14) **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.
 Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 15) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – z towarzyszącymi bezwzględnie wskazaniami do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 - 16) **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
 - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification),
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0MO według klasyfikacji AJCC,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
 - 17) **nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności** – guz o charakterze złośliwym nie naciekający lub naciekający okolice tkanki w sposób ograniczony – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego, do nowotworów złośliwych o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności zalicza się wyłącznie:
 - a) raka nieinwazyjnego – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification) wszystkich narządów poza skórą,
 - b) czerniaka złośliwego skóry o grubości mniejszej lub równej 1,0 mm wg skali Breslowa, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy równej lub mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych i odległych przerzutów.

- Wszelkie nowotwory opisane jako łagodne, nie złośliwe, o granicznej złośliwości, niskim potencjale złośliwości, dysplazje (wszystkie stopnie), śród nabłonkowe neoplazje, wszelkie nowotwory skóry (poza czerniakiem), rak skóry in situ, czerniak in situ nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 18) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzusznią, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śród naczyńniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 19) **operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 20) **operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna wymagająca wykonania sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza specjalistę kardiochirurga;
- 21) **operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śród naczyńniowe, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
- 22) **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przezskórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 23) **porażenie kończyn** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy, rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 24) **postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa lub lekarza specjalistę dermatologa na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.
Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- zlokalizowane postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
 - eozynofilowe zapalenia powięzi,
 - zespół CREST;
- 25) **postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do całkowitego unieruchomienia chorego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wystąpienie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy;
- 26) **pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹⁾, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- uszkodzenia rdzenia kręgowego,
 - zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu nie będące bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występującej nagle,
 - sytuacje, gdy do powstania nieszczęśliwego wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia ubezpieczonego;
- 27) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 28) **ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI), ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą, schorzenie musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 (trzy) miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii;
- 29) **rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. powierzchni ciała, rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
- 30) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące znaczne obniżenie wydolności oddechowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich niżej wymienionych kryteriów:
- natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 1 (jednego) miesiąca,
 - konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mm Hg (pO₂ < 55 mm Hg),
 - występowanie duszności spoczynkowej;
- 31) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczka,
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - encefalopatia wrotna,
 - żylaki przełyku.

- Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 32) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przejawiająca się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, potwierdzona ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
- 33) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nie rokującego możliwości poprawy. Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 34) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- bolesne skurcze mięśniowe mięśni zuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - uogólnione skurcze
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 35) **toczeń trzewny układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwjadrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
- stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześciu) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”,
 - stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.
- Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 36) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
 - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 37) **usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 38) **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtni lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę laryngologa lub lekarza specjalistę neurologa. Przypadki choroby spowodowane zaburzeniami psychicznymi nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 39) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę laryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 40) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę okulistę. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 41) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 42) **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
- 43) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry, bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 44) **zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o niniejsze poważne zachorowanie,
 - serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
 - krew/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,

- e) ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii.

Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 45) **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym. Zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

- 46) **zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
- jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postaci ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

¹⁾ Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji – stan choroby wyrażający się niemożnością wykonywania, przez okres minimum 6 (sześciu) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z wymienionych poniżej czynności życia codziennego:

- kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób;
- ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży;
- przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem;
- toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO NR PGVF/LS2/2016/1

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

- główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 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 pologiem, 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;

- 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;
- 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 przewlekle 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;
- 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 lub
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny sportowej związek sportowy lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego 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

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy ubezpieczenia jest leczenie szpitalne uczestnika.
- 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 – 6, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni przypadających na okres ubezpieczenia.
- W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, odpowiedzialnością Towarzystwa

objęte jest łącznie z tytułu tych leczenia szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia.

4. W okresie pierwszych trzydziestu 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 leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wysokość świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego uczestnika i wynosi:
 - 1) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 3) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.
6. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku 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 tym nieszczęśliwym wypadkiem, 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 danym nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
8. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego siódmego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 4 i 7 stosuje się odpowiednio.

§ 4

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu powstania leczenia szpitalnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli leczenie szpitalne powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym 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;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakimś w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ uczestnik;
 - 11) jako wynik odbywania zasadniczej służby wojskowej przez uczestnika;
 - 12) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego uczestnika.
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

OBOWIĄZKI

1. W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - 1) zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - 2) rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej danemu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
3. O leczeniu szpitalnym uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od zakończenia tego leczenia.

§ 6

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

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. W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.

4. Postanowienia ustępów poprzedzających stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

§ 7

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w § 2 ust. 5 wskaźników procentowych.
2. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 6 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego uczestnika spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego 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 nie mają charakteru wyłączni 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 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 rocznej ubezpieczeniu, 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 10 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 PGVF/LS3/2016/1

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun VIP nr PGVF/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) **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 pologiem, 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) **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 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; nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nie jest nieszczęśliwy wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
 - 5) **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;
 - 6) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz uczestnika; 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 wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
 - 7) **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 i komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - 8) **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;
 - 9) **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;
 - 10) **zawał serca** – zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pierwszy epizod martwicy części mięśnia serca wywołanej nagłym niedokrwieniem określonego obszaru mięśnia sercowego potwierdzony rozpoznaniem opartym na typowej dynamice stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego, której towarzyszą charakterystyczne zmiany w seryjnych zapisach EKG i/lub objawy podmiotowe zawału serca (głównie ból w klatce piersiowej), za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (angina pectoris).
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego 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 ubezpieczenia 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 przypadających na okres ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leczeń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia.
4. W okresie pierwszych trzydziestu 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 leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
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, lub
 - 2) 2,5% (dwa i pół 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 przy pracy, lub
 - 3) 2,5% (dwa i pół 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, lub
 - 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, lub
 - 5) 1,5% (jeden i pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia szpitalnego spowodowanego zaistniałym w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zawałem serca lub udarem mózgu, lub
 - 6) 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego za każdy dzień tego leczenia przypadający na okres ubezpieczenia – w okresie pierwszych czternastu dni leczenia nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) 0,5% (pięć dziesiątych procent) 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 wskazanych 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. 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 leczeń szpitalnych spowodowanych tą samą przyczyną, dni poszczególnych leczeń 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.
9. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak

również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.

10. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może odmówić objęcia danego uczestnika ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki. Składka zwracana jest w wysokości nominalnej.

§ 3 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego siódmego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 2 ust. 4 i 9 stosuje się odpowiednio.

§ 4 OGROANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu powstania leczenia szpitalnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli leczenie szpitalne powstanie:
 - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, niezaleconym 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;
 - 10) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ uczestnik;
 - 11) jako wynik odbywania zasadniczej służby wojskowej przez uczestnika;
 - 12) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć uczestnika.

- 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

OBOWIĄZKI

- W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej danemu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
- O leczeniu szpitalnym uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od zakończenia tego leczenia.

§ 6

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

- 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.
- W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
- Postanowienia ustępów poprzedzających stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

§ 7

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w § 2 ust. 5 współczynników procentowych.
- W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 8 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego uczestnika spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
- Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane jest uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.
- Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE” NR PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/2016/1.

§ 1

DEFINICJE

- Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składowych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 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 niniejszych warunków ogólnych umowy dodatkowej; wyróżnia się dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenia) typu 1 i typu 2;
 - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
 - 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;
 - nieprawidłowości zdrowotne występujące przed przystąpieniem do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz uczestnika, które zostały zdiagnozowane lub wymagały stosowania leków, wykonywania badań, korzystania z porad lekarskich przed przystąpieniem do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 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;
 - 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 przewlekle 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;
 - świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
 - świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
 - 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;
 - zajęcie 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, lotniar-

stwo, 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;

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

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

lub

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

lub

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

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

3. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka świadczenia szpitalnego używa się pojęcia umowa dodatkowa świadczenia szpitalnego, należy przez nie rozumieć umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych oraz każdą inną umowę dodatkową ubezpieczenia świadczenia szpitalnego z oferty ubezpieczeń indywidualnych Towarzystwa.

4. 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 operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji uczestnika 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 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. Ochroną ubezpieczeniową mogą być także objęte dodatkowe zdarzenia typu 2

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. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych typu 1 i 2 jest równa 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.

3. 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.

4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego uczestnik może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego dodatkowego zdarzenia oraz jedno świadczenie lekowe.

5. 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 zdania pierwszego nie stosuje się do

przypadków przedłużenia umowy dodatkowej na zasadach opisanych w warunkach ogólnych umowy głównej.

6. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone 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.

7. 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.

8. Z zastrzeżeniem ust. 9, 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.

9. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 8 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.

10. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa o których mowa w ust. 8 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 9 zostały określone w wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.

11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 8 i 9, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz uczestnika, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

12. Przed przyznaniem uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo może zażądać poddania się przez uczestnika badaniem lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do złożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia, uzyskanych przez uczestnika we własnym zakresie, jak również przedstawienia wszelkich dodatkowych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.

13. Po otrzymaniu informacji, o których mowa w ustępie poprzedzającym i ich ocenie Towarzystwo może, odmówić objęcia danemu uczestnikowi ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej i dokonać zwrotu opłaconej za niego składki w wysokości nominalnej lub też zaproponować dodatkowe ograniczenia w zakresie przyznanej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym i Towarzystwo przyznało danemu uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, rozpoczyna się ona w późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy albo dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

3. Przystępująca 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;

4) rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po dniu ukończenia przez uczestnika sześćdziesięciu siedmiu lat lub w dniu rocznicy ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt siedem 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 chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku

postanowienie § 2 ust. 12 niniejszych warunków oraz § 3 ust. 4 umowy głównej stosuje się odpowiednio.

§ 4

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie:
 - w związku z leczeniem przez uczestnika skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
 - 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;
 - w związku z chorobą uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym uczestnika, wadą wrodzoną uczestnika lub chorobą wywołaną u uczestnika bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;
 - w wyniku celowego samookaleczenia ciała przez uczestnika lub usiłowania popełnienia przez niego samobójstwa, przy czym również w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności;
 - w związku z pozostawianiem uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa;
 - w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez uczestnika z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy przebywał on na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - jako skutek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - jako skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 9) aktach przemocy, chyba że udział uczestnika wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - w związku z udziałem uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
 - w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;
 - w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego uczestnika.
- Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u uczestnika przed zawarciem umowy dodatkowej. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie niniejszej umowy dodatkowej uczestnik w związku z daną chorobą lub urazem nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków, jak również nie oczekiwał na jakiegokolwiek postępowanie medyczne związane z tą chorobą lub urazem.
- W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej umowy dodatkowej świadczenia szpitalnego, zawartej na jego rachunek. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej takich dodatkowych umów ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu postępowań medycznych, które przeprowadzono w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych umów dodatkowych świadczenia szpitalnego.

§ 5

ZMIANY W ROCZNICĘ ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ

- Niezależnie od zmian wynikających z postanowień głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może również, ze skutkiem na wskazaną datę obowiązywania, 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.

- Zmiany, o których mowa w ust. 1 wynikać mogą z poszerzania się zakresu usług medycznych (rozwoj nauki medycznych i technologii stosowanych w medycynie) oraz zmian kosztu usług medycznych.
- Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego o zmianie załącznika, o którym mowa w ust. 1 wraz ze wskazaniem wpływu tych zmian na wysokość świadczeń należnych z tytułu umowy dodatkowej nie później niż na sześćdziesiąt dni przed wskazaną datą obowiązywania, w którą ma nastąpić zmiana. Jednocześnie Towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on wypowiedzieć umowę dodatkową. O ile ubezpieczający nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy dodatkowej, zmiana jest skuteczna począwszy od wskazanej daty obowiązywania. W przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej przez ubezpieczającego umowa ta rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa dodatkowa rozwiązuje się w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym również w przypadku nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian – w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy dodatkowej.

§ 6

OBOWIĄZKI

- W ramach umowy dodatkowej ubezpieczający lub uczestnik są zobowiązani do bezwzględnego poinformowania Towarzystwa o:
 - zmianie lub podjęciu przez uczestnika dodatkowej działalności zarobkowej;
 - rozpoczęciu przez uczestnika uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, a także wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany warunków ubezpieczenia lub cofnięcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej danemu uczestnikowi w razie gdyby okoliczności, o których mowa w ust. 1, spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego.
- O leczeniu szpitalnym uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od zakończenia tego leczenia.

§ 7

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

- 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.
- W przypadku, gdy nie poinformowano Towarzystwa o powstaniu lub zmianie okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 1, które spowodowały zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo ma prawo odmówić wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- Postanowienia ustępów poprzedzających stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

§ 8

USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- 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.
- 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.
- 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:
 - 1) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania;
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami uczestnika w szpitalu;
 - 4) 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 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 jest zobowiązany wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, w przeciwnym wypadku Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
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.

§ 9

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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

WYKAZ NR 1/2016

Załącznik nr 1 do warunków ogólnych ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie”
PGVF/HCB/2016/1

Część 1			
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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%
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 miazdżystego 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 śródrdzeniowy 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
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%
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
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%

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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
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 leczone zachowawczo	5%
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%
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	Suche 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	Wysiłek 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 leczone 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%

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%
135	5 lat/5 lat	Żylaki 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%
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
145	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskornąastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskorną wewnątrznacyniowąastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskornąastyką 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 przeszskornej 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 przeszskornąastyką 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 przeszskornąastyką 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 udrożnienia 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 udrożnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przeszskornąastyką 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 przeszskornejastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
164	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%
165	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	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%

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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
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 żyłaków 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%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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%
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-odbytowy 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 kamicznego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamiczne pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamiczne 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 zespolecia	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 zespolecia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolecia 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
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%
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 żuchwy 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 żuchwy)	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 kręgow)	10%
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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 leczone 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 leczone 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 leczone operacyjnie	17%
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczone operacyjnie	8%
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczone operacyjnie	5%
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczone operacyjnie	13%
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczone operacyjnie	17%
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczone operacyjnie oraz zabiegowo	13%
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczone 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
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 leczone zachowawczo	2%
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%

CHOROBY SKÓRY

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwice 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 leczone 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
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
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%
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczone 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%

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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
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 żylaków 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 żylaków 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
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, elektroauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%
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%

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
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
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
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/II stopnia leczone zachowawczo	6%
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone zachowawczo	11%
430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnięciem/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
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
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 uzdrowskim/ 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 UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT II NR PGVF/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 Opiekun VIP nr PGVF/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 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;
- 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:
- a) wystąpieniu u uczestnika nagłego zachorowania;
 - b) wystąpieniu u uczestnika nieszczęśliwego wypadku powodującego fizyczne uszkodzenie ciała uczestnika;
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajęcia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 2 pkt 5;
 - d) 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

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach niniejszej umowy dodatkowej jest zdrowie i życie uczestnika.
2. W ramach niniejszej umowy dodatkowej Towarzystwo zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielania za pośrednictwem centrum operacyjnego następujących świadczeń opiekuńczych:
- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
 - 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy uczestnikowi w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w przypadku urodzenia się uczestnikowi dziecka;
 - 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika;
 - 5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych uczestnika takich jak:
 - a) zgon dziecka uczestnika;
 - b) zgon małżonka uczestnika;
 - c) zgon rodzica uczestnika;
 - d) choroba przewlekła uczestnika;

- 6) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi zdrowotnych usług informacyjnych;
 - 7) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi informacji dostępnych w ramach infolinii „Baby Assistance“;
 - 8) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi uczestnika;
 - 9) 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.
3. 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:
- 1) 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;
 - 2) 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;
 - 3) 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;
 - 4) transport medyczny między placówkami medycznymi w przypadku gdy placówka, w której przebywa uczestnik w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 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;
 - 5) 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:
 - a) przewozu dzieci lub osób niesamodzielnych pod opieką osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania uczestnika i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

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

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

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

- 6) opieka nad zwierzętami – w sytuacji, gdy w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b uczestnik przebywa w szpitalu przez co najmniej trzy dni, Towarzystwo zapewnia:
- 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu uczestnika do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, albo
 - 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;
 - 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;
 - opieka domowa – w sytuacji, gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b był hospitalizowany przez okres minimum trzech dni oraz gdy istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej w miejscu pobytu uczestnika, po zakończeniu hospitalizacji, przez okres maksymalnie 5 dni. Opieka domowa obejmuje takie świadczenia jak: podawanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgniarstwa, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w robieniu porządków oraz pomoc w zakresie higieny osobistej;
 - 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;
 - 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.
- 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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) informację medyczną, w tym informację o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informację 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.
- 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.
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, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dzień ten zawiera 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, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dzień ten zawiera 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, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego,
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dzień ten zawiera 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) z dniem kończącym okres obowiązywania ostatnio zaktualizowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie nastąpi przedłużenie umowy dodatkowej w trybie wskazanym w głównej umowie ubezpieczenia;
 - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 3) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
 - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 5) przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-5 ochrona wygasa odpowiednio:

- a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-5 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 1-5 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

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

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

§ 4

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

§ 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 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

SPIS TREŚCI

Warunki ogólne grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Opiekun VIP nr PGVF/2016/1	1
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/SNW/2016/1	8
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TIN/2016/1	10
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TUZ/2016/1	12
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/TU1/2016/1	14
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczeniaryzyka powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/NPW/2016/1	16
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGVF/NPZ/2016/1	18
Załącznik nr 1 do warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i niezdolności do pracy PGVF/NPZ/2016/1	20
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego nr PGVF/LS2/2016/1	25
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/LS3/2016/1	27
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGVF/HCB/2016/1	29
Wykaz nr 1/2016. Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” PGVF/HCB/2016/1	33
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia assistance – wariant II nr PGVF/AS2/2016/1	44

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

I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE.

WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

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

II. ZAOFEROWANIE NOWEGO UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

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

III. LIKWIDACJA UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO

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

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

IV. REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

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

6. Fundusz Akcji

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

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

Fundusz Akcji jest funduszem o wysokim ryzyku inwestycyjnym. Aktywa funduszu są lokowane głównie w akcjach notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Wartość jednostki funduszu może wykazywać bardzo wysoką zmienność i podlegać zarówno krótkoterminowym, jak i długoterminowym tendencjom spadkowym. Ryzyko inwestycyjne funduszu jest ograniczane poprzez staranny dobór do funduszu akcji spółek reprezentujących różne branże oraz wysokie zdywersyfikowanie pakietu akcji. Głównym kryterium doboru akcji spółek do funduszu jest analiza fundamentalna uwzględniająca ocenę sytuacji ekonomiczno – finansowej i perspektyw rozwoju poszczególnych spółek i branż. Największą część funduszu stanowią akcje największych polskich spółek. 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 stanowiąc będą głównie środki pieniężne. Wysokie ryzyko inwestycyjne związane z możliwością wystąpienia spadków cen akcji jest ograniczane poprzez staranny dobór akcji spółek reprezentujących różne branże oraz wysokie 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 strategie inwestycyjne stosowane przez poszczególne fundusze inwestycyjne lub instytucje wspólnego inwestowania. W razie przekroczenia ustalonych limitów, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania w terminie 3 (trzech) miesięcy stanu aktywów funduszu do tych limitów.

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

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

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

10. Fundusz Gwarancji Zysku

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

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

Fundusz Gwarancji Zysku niezależnie od koniunktury na rynkach finansowych zapewni 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 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 obowiązywać będzie do końca bieżącego okresu gwarancji.

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

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

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

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

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

Czasowe zawieszenie możliwości zmiany funduszu może nastąpić w przypadku:

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

11. Fundusz Gwarantowany

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

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

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

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

- 5) ocena poziomu wyceny rynkowej poszczególnych instrumentów finansowych,

- 6) ocena ryzyka braku płynności papierów wartościowych, zmienności ich cen oraz niewyplacalności 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 wonyiany 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 stanowią będą głównie środki pieniężne.

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

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

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

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

17. Fundusz Zrównoważony

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

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

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

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

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

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

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

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

18. Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji

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

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

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

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

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

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

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

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

Użyte poniżej sformułowania, oznaczają:

Fundusz – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;

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

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

Rynek Aktywny – rynek spełniający łącznie następujące kryteria:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Zasady wyceny aktywów

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ZAŁĄCZNIK

Limity udziału wartości lokat funduszy w poszczególnych rodzajach aktywów

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

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

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

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

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

Limity udziału nieruchomości w łącznej wartości aktywów Funduszu Gwarantowanego

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

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

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

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

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

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym
Opiekun VIP Nr PGVF/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	§4 (str. 2), §6 ust. 1 (str. 3), §13 (str. 5), §15 (str. 6), §16 (str. 6), §17 ust. 2 (str. 6), §20 (str. 7)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/SNW/2016/1	§ 2 ust 1, 2 (str. 9), § 7 (str. 10)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TIN/2016/1	§ 2 ust. 1, 2 (str. 10), §7 (str. 11)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TUZ/2016/1	§ 2 ust 1, 2, 5 (str. 12), § 7 (str. 13)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/TU1/2016/1	§ 2 ust 1 (str. 14), § 7 (str. 16)
	powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/NPW/2016/1	§ 2 ust 1, 2, 3 (str. 17), § 7 (str. 17)
	poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGVF/NPZ/2016/1	§ 2 ust 1-6 (str. 18), § 7 (str. 20)

	leczenia szpitalnego nr PGVF/LS2/2016/1	§2 ust 1, 2 (str. 25), §7 (str. 27)
	leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/LS3/2016/1	§ 2 ust 1, 2 (str. 27), § 7 (str. 29)
	świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGVF/HCB/2016/1	§ 2 ust 1, 2, 3 (str. 30), § 8 (str. 31)
	assistance – wariant II nr PGVF/AS2/2016/1	§ 2 (str. 47)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Warunki ogólne umowy głównej	§ 7 (str. 3), § 8 ust. 2 i 3 (str. 4), § 16 ust. 4 (str. 6)
	Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/SNW/2016/1	§ 4 (str. 9), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 9)
	kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TIN/2016/1	§ 2 ust. 3 (str. 10), § 4 (str. 11), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 11)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/TUZ/2016/1	§ 2 ust 6 (str. 12), § 4 (str. 13), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 13)
	trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/TU1/2016/1	§ 2 ust 2, 5, 6 (str. 14), § 4 (str. 15) , § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 15)

	powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr PGVF/NPW/2016/1	§ 4 (str. 17), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 17)
	poważnego zachorowania i niezdolności do pracy nr PGVF/NPZ/2016/1	§ 3 ust. 4 (str. 19), § 4 (str. 19), § 5 ust 2, 3 (str. 20)
	leczenia szpitalnego nr PGVF/LS2/2016/1	§ 2 ust 3-6 (str. 25), § 4 (str. 26), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 26)
	leczenia szpitalnego w systemie świadczeń progresywnych nr PGVF/LS3/2016/1	§ 2 ust. 3-8 (str. 27), § 3 ust. 4 (str. 28), § 4 (str. 28), § 6 ust. 2, 3, 4 (str. 29)
	świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” nr PGVF/HCB/2016/1	§ 2 ust 4-11 (str. 30), § 4 (str. 31), § 7 ust. 2, 3, 4 (str. 31)
	assistance – wariant II nr PGVF/AS2/2016/1	§ 2 ust 16 (str. 47), § 4 (str. 50)

<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>§ 6 ust 2 (str. 3), § 9 (str. 4), § 12 ust. 6-9 (str. 4), § 13 ust. 4, 6, 7 (str. 5), § 20 ust. 1 (str. 7)</p>
<p>4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji</p>	<p>Zapisy na dokumencie ubezpieczenia (polisie)</p>	

WARUNKI OGÓLNE TYMCZASOWEJ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OPIEKUN VIP NR PGVT/2016/1

§ 1 DEFINICJE

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 zawierana na podstawie odpowiednich Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun VIP lub Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun VIP;
- 2) **tymczasowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 4) **rejestracja wniosku** – odnotowanie dostarczenia wniosku do biura głównego towarzystwa, dokonane przez opatrzenie tego formularza pieczęcią towarzystwa i adnotacją o dacie dokonania tej czynności;
- 5) **rejestracja deklaracji uczestnictwa** – odnotowanie dostarczenia deklaracji uczestnictwa do biura głównego towarzystwa, dokonane przez opatrzenie tego formularza pieczęcią towarzystwa i adnotacją o dacie dokonania tej czynności;
- 6) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 7) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 8) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub 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;
- 9) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

§ 2

ZAWARCIE TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Tymczasowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia jej przez towarzystwo. Ofertą zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia jest

wniosek o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia. Przyjęcie oferty dokonuje się poprzez rejestrację wniosku. Tymczasową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą rejestracji wniosku.

2. Towarzystwo dokonuje rejestracji wniosku po uprzednim stwierdzeniu, że zostały spełnione niezbędne przesłanki do rozpatrzenia przez towarzystwo wniosku określone w Warunkach Ogólnych wnioskowanego ubezpieczenia.
3. Do chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub uczestnik powinni niezwłocznie zawiadomić towarzystwo o powstaniu lub zmianie jakichkolwiek okoliczności mogących mieć wpływ na zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, o które towarzystwo pytało w formularzu wniosku o zawarcie tej umowy lub w formularzu deklaracji uczestnictwa albo przed zawarciem tej umowy w innych pismach. W takim przypadku towarzystwo zastrzega sobie prawo uchylenia się od skutków prawnych swego oświadczenia woli o zawarciu umowy ubezpieczenia i unieważnienia dokumentu ubezpieczenia albo zmiany warunków ubezpieczenia.
4. Jeżeli towarzystwo odmówi zawarcia głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie sześćdziesięciu dni od dnia rejestracji wniosku nie dojdzie do zawarcia tej umowy z innych przyczyn, tymczasowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu. Powyższy termin może być przedłużony za zgodą towarzystwa wyrażoną przed jego upływem.

§ 3

PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA TYMCZASOWEGO

1. Przystąpienie do ubezpieczenia tymczasowego następuje w trybie złożenia przez uczestnika oferty przystąpienia do tego ubezpieczenia oraz przyjęcia jej przez towarzystwo. Ofertą przystąpienia do ubezpieczenia tymczasowego jest deklaracja uczestnictwa w ubezpieczeniu głównym. Przyjęcie oferty dokonuje się poprzez rejestrację deklaracji uczestnictwa.
2. Towarzystwo dokonuje rejestracji deklaracji uczestnictwa danej osoby, złożonej po dniu sporządzenia wniosku, po uprzednim stwierdzeniu, że zostały spełnione niezbędne przesłanki do rozpatrzenia przez towarzystwo deklaracji uczestnictwa określone w Warunkach Ogólnych wnioskowanego ubezpieczenia.
3. Do chwili rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej danemu uczestnikowi na podstawie głównej umowy ubezpieczenia, ubezpieczający lub uczestnik powinni niezwłocznie zawiadomić towarzystwo o powstaniu lub zmianie jakichkolwiek okoliczności mogących mieć wpływ na objęcie tego uczestnika ochroną ubezpieczeniową, o które towarzystwo pytało w formularzu deklaracji uczestnictwa albo przed objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową w innych pismach. W takim przypadku towarzystwo zastrzega sobie prawo uchylenia się od skutków prawnych swego oświadczenia woli o objęciu tego uczestnika ochroną ubezpieczeniową albo zmiany warunków ubezpieczenia tego uczestnika.

§ 4

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się odpowiednio:
 - 1) w dniu rejestracji wniosku – w odniesieniu do uczestników, którzy złożyli deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku lub w tym dniu;
 - 2) w dniu rejestracji deklaracji uczestnictwa – w odniesieniu do uczestników, którzy złożyli deklaracje uczestnictwa po dniu sporządzenia wniosku.
2. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadku:
 - 1) rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej temu uczestnikowi na podstawie głównej umowy ubezpieczenia;
 - 2) dościa do ubezpieczającego oświadczenia woli towarzystwa o odmowie zawarcia głównej umowy ubezpieczenia lub odmowie udzielenia ochrony ubezpieczeniowej temu uczestnikowi na podstawie głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) wniesienia przez ubezpieczającego sprzeciwu od propozycji towarzystwa zawarcia głównej umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku lub wniesienia przez ubezpieczającego sprzeciwu od propozycji towarzystwa udzielenia ochrony ubezpieczeniowej temu uczestnikowi na warunkach odbiegających od złożonej deklaracji uczestnictwa w ubezpieczeniu głównym – w przypadku złożenia przez towarzystwo kontroferty;

- 4) zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego niniejszymi warunkami ogólnymi;
 - 5) wycofania przez ubezpieczającego oferty zawarcia głównej umowy ubezpieczenia lub deklaracji uczestnictwa tego uczestnika w ubezpieczeniu głównym;
 - 6) rozwiązania tymczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zaistnienia zdarzeń, o których mowa w ust. 2.
 4. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego niezbędna w celu przyznania danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na podstawie głównej umowy ubezpieczenia powinna zostać zakończona w terminie sześćdziesięciu dni od dnia rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej temu uczestnikowi na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia. Przekroczenie terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, w przypadku przedłużenia terminu zgodnie z § 2 ust. 4 nie powoduje wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, a ponadto nie może stanowić podstawy dochodzenia przez ubezpieczającego, uczestnika lub przez inne osoby, jakichkolwiek roszczeń wobec towarzystwa.

§ 5 SKŁADKA

1. W ramach tymczasowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę w wysokości odpowiadającej wskazanej we wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia składce z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników.
2. O ile strony nie postanowią inaczej, składka o której mowa w ust. 1, jest płatna z częstotliwością określoną we wniosku, każdorazowo w dniu odpowiadającym dacie dziennej dniowi rejestracji wniosku. Jeżeli datą rejestracji wniosku jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą we wszystkich miesiącach kalendarzowych, dniem płatności składki jest ostatni dzień odpowiedniego miesiąca kalendarzowego.
3. Składka, o której mowa w ust. 1, zapłacona z tytułu ubezpieczenia uczestników, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia z dniem rejestracji wniosku, w części w jakiej nie stanowi składki z tytułu umowy tymczasowej, traktowana jest jako składka zapłacona z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, o ile uczestnicy ci zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie głównej umowy ubezpieczenia.
4. Składka, o której mowa w ust. 1, zapłacona z tytułu ubezpieczenia uczestników, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia z dniem rejestracji deklaracji uczestnictwa, traktowana jest jako składka zapłacona z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, o ile uczestnicy ci zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie głównej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli dany uczestnik nie został objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie głównej umowy ubezpieczenia, składka zapłacona z tytułu jego ubezpieczenia podlega zwrotowi, z wyłączeniem składki z tytułu ubezpieczenia uczestnika, który zmarł podczas udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia. Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone składki po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia.
6. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy towarzystwa.

§ 6 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Tymczasowa umowa ubezpieczenia zobowiązuje towarzystwo do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego:

- 1) śmierci uczestnika podczas udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie niniejszej umowy tymczasowej;
- 2) śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku podczas udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie niniejszej umowy tymczasowej.

§ 7 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego niniejszymi warunkami ogólnymi wypłacone zostanie w wysokości:
 - 1) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, równej sumie składek zapłaconych za danego uczestnika z tytułu głównej umowy ubezpieczenia – w przypadku śmierci uczestnika;
 - 2) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określonej dla danego uczestnika we wniosku o zawarcie umowy głównej umowy ubezpieczenia lub deklaracji uczestnictwa, nie więcej jednak niż 100 000 (sto tysięcy) złotych – w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 8 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności towarzystwa i wysokości świadczenia. W przypadku śmierci ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty dowodowe muszą zostać uwierzytelnione przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionego do otrzymania świadczenia, jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Prawo wskazania uposażonych oraz uposażonych zastępczych przysługuje Ubezpieczającemu albo uczestnikowi. Osoba uprawniona do wskazywania uposażonych z tytułu śmierci danego uczestnika wskazana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, iż do wykonywania tych uprawnień przez Ubezpieczającego konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. W przypadku gdy uczestnik nie jest uprawniony do wskazywania uposażonych, Ubezpieczający może w każdym czasie przekazać mu takie prawo, informując jednocześnie Towarzystwo o powyższym nie później niż w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia przekazania uprawnień.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez osobę wskazującą uposażonych. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono 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. Świadczenie wypłacane jest według wyboru osoby uprawnionej przelewem bankowym.
5. 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 wypłata bezsporną część świadczenia.
6. 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.

§ 9 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) jako skutek 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 wyczerpanego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
- 9) jako wynik zakażenia uczestnika HIV;
- 10) w związku z chorobą umysłową uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

§ 10

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Przez reklamację, 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.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie trzydziestu dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. 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.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. 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.

11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającym, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 11

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych warunkach ogólnych, tymczasowej umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, tymczasowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie siedmiu dni od dnia jej zawarcia, 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. 3.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć tymczasową umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w niniejszych warunkach ogólnych lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem tymczasowej umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania spadkobiercy uczestnika, spadkobiercy uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się odpowiednio postanowienia warunków ogólnych regulujących główną umowę ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia w stosunku do tej ostatniej.
8. W przypadku rejestracji wniosku niniejszy dokument stanowi potwierdzenie zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia.

§ 12.

ZAŁĄCZNIKI

Integralną częścią niniejszych OWU jest Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 10 listopada 2015 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Tymczasowej Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Opiekun VIP nr PGVT/2016/1

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 tymczasowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie Opiekun VIP nr PGVT/2016/1:	§ 6 (str. 2), § 7 (str. 2), § 8 (str. 2)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Warunki ogólne tymczasowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie Opiekun VIP nr PGVT/2016/1:	§ 9 (str. 2)
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek	Warunki ogólne tymczasowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie Opiekun VIP nr PGVT/2016/1:	§ 5 (str. 2)

<p>4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje, chyba że wzorzec umowy nie zawiera takich informacji</p>	<p>Nie dotyczy</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