WARUNKI OGÓLNE
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
OPIEKUN
NR PGO/2018/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2018/1

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 Umowy Głównej**	§ 7 § 8, ust. 1, 3, 7 § 9 § 10 ust. 1-2, 4-6 § 17 § 19 § 21 ust. 2 § 22 ust. 3
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/SNW/2018/1	§ 2 § 7
	Śmierci Wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/ZZU/2018/1	§ 2 § 7
	Kalectwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIN/2018/1	§ 2 § 7
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego ubytki neurologiczne nr PGO/TUK/2018/1	§ 2 § 6
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji nr PGO/LSR/2018/1	§ 2 ust. 1-11 § 6
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2018/1	§ 2 § 3 ust. 1-5 § 4 ust. 1-3 § 9 § 10
	Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGO/PNR/2018/1	§ 2 § 3 ust. 3 § 7
	Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego nr PGO/PKN/2018/1	§ 2 ust. 1-3 § 3 ust. 3-6, 8-9 § 7
	Leczenia Specjalistycznego nr PGO/SPC/2018/1	§ 2 ust. 1-3 § 7
	Śmierci Małżonka Uczestnika nr PGO/ZMA/2018/1	§ 2 ust. 1-8 § 6

	Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIM/2018/1	§ 2 ust. 3-5 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/TMU/2018/1	§ 2 ust. 1-4 § 6
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nr PGO/LMR/2018/1	§ 2 ust. 1-8, 11, 12 § 6
	Świadczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika „Zdrowe Życie" nr PGO/HBM/2018/1	§ 2 ust. 1- 5, 13-15 § 6
	Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nr PGO/PZM/2018/1	§ 2 § 7
	Śmierci Dziecka oraz Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/ZDZ/2018/1	§ 2-6
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywne skutki Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Uczestnika nr PGO/TUC/2018/1	§ 2 § 6
	Leczenia Szpitalnego Dziecka nr PGO/LSD/2018/1	§ 2 §7
	Rehabilitacja Nowonarodzonego Dziecka nr PGO/RHD/2018/1	§ 2 § 6
	Świadczenia Szpitalnego dla Dziecka „Zdrowe Życie" nr PGO/HD2/2018/1	§ 2 ust. 1-4, 6-7 11-13 § 6
	Poważnego Zachorowania Dziecka nr PGO/PDK/2018/1	§ 2 § 7 § 9
	Urodzenia się Dziecka i Urodzenia się Dziecka wymagającego wzmożonej opieki medycznej nr PGO/UDZ/2018/1	§ 2 § 4 ust. 1-3
	Urodzenia Martwego Dziecka lub Poronienia nr PGO/ZNK/2018/1	§ 2 § 4
	Śmierci Rodzica nr PGO/ZRK/2018/1	§ 2 § 6
	Assistance – wariant I nr PGO/AS1/2018/1	§ 2
	Assistance – wariant II nr PGO/AS2/2018/1	§ 2
	Assistance – wariant III nr PGO/AS3/2018/1	§ 2

	Program Assistance – wariant III nr WS/PAS3/2018/1	§ 2
	„Zagraniczna Opinia Lekarska” nr PGO/BDR/2018/1	§ 2
	Pakiet Medyczny ”Bądź Zdrów” nr PGO/AMB/2018/1	§ 3 § 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia;	**Warunki Ogólne Umowy Głównej** Śmierć Uczestnika, Osierocenie Dziecka, Niezdolność do Pracy i Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Poważne Zachorowanie Uczestnika	§ 6 § 8 ust. 3, 5-7 § 14
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka:	
	Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/SNW/2018/1	§ 4 § 5 ust. 2, 3
	Śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/ZZU/2018/1	§ 4 § 5 ust. 2, 3
	Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIN/2018/1	§ 2 ust. 6-7 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego ubytki neurologiczne nr PGO/TUK/2018/1	§ 2 ust. 5-7 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji nr PGO/LSR/2018/1	§ 2 ust. 12, 13 § 3 ust. 4 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2018/1	§ 3 ust. 6-15 § 4 ust. 5, 9-11 § 6 § 8 ust. 2-3
	Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGO/PNR/2018/1	§ 3 ust. 3-4 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego nr PGO/PKN/2018/1	§ 2 ust. 4-8 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Leczenia Specjalistycznego nr PGO/SPC/2018/1	§ 2 ust. 4, 6 § 3 ust. 4 § 4 § 5 ust. 2, 3

	Śmierci Małżonka Uczestnika nr PGO/ZMA/2018/1	§ 2 ust. 9-14 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIM/2018/1	§ 2 ust. 3-5 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/TMU/2018/1	§ 2 ust. 5-7 § 4 § 5 ust.2, 3
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nr PGO/LMR/2018/1	§ 2 ust. 9-10, 13-14 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Świadczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika „Zdrowe Życie" nr PGO/HBM/2018/1	§ 2 ust. 4-7, 10, 13, 15 § 4 § 5 ust. 2, 3 § 6 ust. 7
	Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nr PGO/PZM/2018/1	§ 2 ust. 8, 10, 11 § 3 ust. 5 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Śmierci Dziecka oraz Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/ZDZ/2018/1	§ 2 ust. 5-8 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywne Skutki Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Uczestnika nr PGO/TUC/2018/1	§ 2 ust. 5-7 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Leczenia Szpitalnego Dziecka nr PGO/LSD/2018/1	§ 2 ust. 4-5, 9-10 § 3 ust. 4 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka nr PGO/RHD/2018/1	§ 2 ust. 3 § 3 ust. 4 § 4 ust. 3-4 § 6 ust. 5
	Świadczenia Szpitalnego dla Dziecka „Zdrowe Życie" nr PGO/HD2/2018/1	§ 2 ust. 5, 7-13 § 4 § 5 ust. 2-3 § 6 ust.7

	Poważnego Zachorowania Dziecka nr PGO/PDK/2018/1	§ 2 ust. 5-7 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Urodzenia się Dziecka i Urodzenia się Dziecka wymagającego wzmożonej opieki medycznej nr PGO/UDZ/2018/1	§ 3 ust. 3, 6 § 4 ust. 4-5
	Urodzenia Martwego Dziecka lub Poronienie nr PGO/ZNK/2018/1	§ 4 ust. 3
	Śmierci Rodzica nr PGO/ZRK/2018/1	§ 3 ust. 5 § 4 § 5 ust. 2, 3
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej ubezpieczenia:	
	Assistance – wariant I nr PGO/AS1/2018/1	§ 4
	Assistance – wariant II nr PGO/AS2/2018/1	§ 4
	Assistance – wariant III nr PGO/AS3/2018/1	§ 4 § 5 § 7 ust. 3-5
	Program Assistance – wariant III nr WS/PAS3/2018/1	§ 4 § 5 § 7 ust. 3-5
	„Zagraniczna Opinia Lekarska” nr PGO/BDR/2018/1	§ 3 § 6 ust. 2, 3
	Pakiet Medyczny ”Bądź Zdrów” nr PGO/AMB/2018/1	§ 5 § 7 ust. 2, 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;	Warunki Ogólne Umowy Głównej	§ 16
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy	

WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OPIEKUN NR PGO/2018/1

I. POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§ 1.
DEFINICJE

Ilekroć w Warunkach Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub jej wykonaniem, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

1) **Akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
2) **Automatyczny Limit Akceptacji** – ustalana przez Towarzystwo maksymalna wysokość Sumy Ubezpieczenia, która przyznawana jest bez dokonywania indywidualnej oceny podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, wskazana w Kwotacji oraz na Polisie;
3) **Deklaracja Uczestnictwa** – deklaracja woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, składana przez Uczestnika na formularzu Towarzystwa;
4) **Dokument Ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, doręczany Ubezpieczającemu przez Towarzystwo, w tym Polisa;
5) **Dziecko Uczestnika** – dziecko własne Uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione Uczestnika pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które do osiągnięcia pełnoletności pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);
6) **Dzień Zapłaty Składki** – dzień, w którym Składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w przypadku wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania tego rachunku;
7) **Koszt Ochrony** – ustalany przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU, przypisany Uczestnikowi (Współuczestnikowi) w danej kategorii, koszt Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej temu Uczestnikowi (Współuczestnikowi) pomiędzy kolejnymi wymagalnościami Składki;
8) **Kwotacja** – wstępna kalkulacja Kosztu Ochrony, 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) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
10) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
11) **Niezdolność Uczestnika do Pracy**, zwana również Niezdolnością do Pracy –
    a) jeśli Uczestnik jest w wieku od 16 do 66 lat:
        – całkowita niezdolność Uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
    b) jeśli Uczestnik jest w wieku od 67 do 70 lat:
        – trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy niezdolność Uczestnika do samodzielnej egzystencji polegająca na niemożności samodzielnego wypełniania co najmniej trzech z następujących, podstawowych aktywności codziennego życia: mycie się, ubieranie się, przemieszczanie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, spożywanie posiłków

    albo

        – utrata obu kończyn dolnych albo obu kończyn górnych albo widzenia w obu oczach, oznaczająca amputację lub całkowitą i trwałą niemożność posługiwania się odpowiednio obiema nogami, obiema rękoma, dwojgiem oczu; również utrata dowolnych dwóch z wcześniej wskazanych części ciała,

    przy czym wiek Uczestnika, o którym mowa powyżej, określany jest w dacie będącej początkiem dwunastomiesięcznych okresów, o których mowa w ppkt a) i b), albo w dacie utraty wskazanych części ciała, o których mowa w ppkt b);
12) **Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**, zwana również Niezdolnością do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku –
    a) jeśli Uczestnik jest w wieku od 16 do 66 lat:
        – całkowita niezdolność Uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny
    b) jeśli Uczestnik jest w wieku od 67 do 70 lat:
        – trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy niezdolność Uczestnika do samodzielnej egzystencji, będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, polegająca na niemożności samodzielnego wypełniania co najmniej trzech z następujących, podstawowych aktywności codziennego życia: mycie się, ubieranie się, przemieszczanie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, spożywanie posiłków

    albo

        – utrata wskutek nieszczęśliwego wypadku obu kończyn dolnych albo obu kończyn górnych albo widzenia w obu oczach, oznaczająca amputację lub całkowitą i trwałą niemożność posługiwania się odpowiednio obiema nogami, obiema rękoma, dwojgiem oczu; również utrata dowolnych dwóch z wcześniej wskazanych części ciała / narządów,

    przy czym wiek Uczestnika, o którym mowa powyżej, określany jest w dacie będącej początkiem dwunastomiesięcznych okresów, o których mowa pkt a) i b), albo w dacie utraty wskazanych części ciała, o których mowa w pkt b);
13) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy Ubezpieczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia;
14) **OWU lub Warunki Ogólne Umowy Głównej** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z załącznikami;
15) **Partner Uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do Deklaracji Uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochroną Ubezpieczeniową może być objęty tylko jeden Partner Uczestnika. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
16) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia doręczany Ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
17) **Poważne Zachorowanie** – schorzenie przewidziane w Tabeli 2a oraz w Tabeli 2b zamieszczonej w OWU;
18) **Program Ochrony Ubezpieczeniowej** – okres udzielania Uczestnikom Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu wymagalności pierwszej Składki, kontynuowany w kolejnych rocznych Głównych i Dodatkowych Umowach Ubezpieczenia, do dnia rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
19) **Rocznica Umowy Ubezpieczenia** – zawarty w okresie trwania Programu Ochrony Ubezpieczeniowej każdy dzień oznaczony taka samą datą dzienną, co pierwszy dzień Programu Ochrony Ubezpieczeniowej; jeżeli dniem rozpoczęcia programu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, był 29 lutego, dniem Rocznicy Umowy Ubezpieczenia jest ostatni dzień lutego;
20) **Składka z Umowy Ubezpieczenia (Składka)** – suma kwot Kosztów Ochrony Uczestników i Współuczestników we wszystkich kategoriach, którzy objęci są ochroną w dniu wymagalności Składki;

21) **Staż Uczestnika w Ubezpieczeniu (Staż)** – okres uczestnictwa Uczestnika w Programie Ochrony Ubezpieczeniowej. Długość Stażu określają: dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej danemu Uczestnikowi i dzień, na jaki Staż jest określany; Długość Stażu nie obejmuje okresów zawieszenia Ochrony Ubezpieczeniowej;

22) **Suma Ubezpieczenia** – wynikająca z Umowy Ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę naliczania Kosztu Ochrony i świadczeń ubezpieczeniowych;

23) **Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Uczestnika będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;

24) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;

25) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia;

26) **Uczestnik** – osoba, na rzecz której Umowa Ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona) przy czym Uczestnikiem może być również Ubezpieczający będący osobą fizyczną; w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia oraz osobę, w stosunku do której wygasła Ochrona Ubezpieczeniowa udzielana w ramach Umowy Ubezpieczenia;

27) **Umowa Główna lub Główna Umowa Ubezpieczenia** – zawarta na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych umowa grupowego ubezpieczenia na życie;

28) **Umowa Dodatkowa** – umowa uzupełniająca Umowę Główną o ryzyka dodatkowe stanowiące rozszerzenie zakresu ubezpieczenia;

29) **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Uczestnika;

30) **Uposażony Zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Uczestnika w sytuacji, gdy w chwili śmierci Uczestnika nie ma Uposażonych;

31) **Wniosek** – deklaracja woli zawarcia Umowy Ubezpieczenia, składana przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia Ubezpieczającego dotyczące Uczestników i Ubezpieczającego; złożenie Wniosku oznacza wypełnienie formularza Wniosku i podpisanie go przez Ubezpieczającego oraz osobę pośredniczącą przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia; złożenie wniosku może oznaczać również wypełnienie formularza w wersji elektronicznej, jego wydrukowanie i podpisanie;

32) **Współuczestnik** – Małżonek lub Partner Uczestnika, objęty Ochroną Ubezpieczeniową na zasadach wskazanych w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej lub Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej;

33) **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;

34) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

35) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

36) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – enumeratywnie wskazane w niniejszych OWU zdarzenia, które są przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa.

II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 2.
ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Główna Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas określony jednego roku.

2. Główna Umowa Ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia tej Umowy Ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu Wniosku i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:

   1) od dnia sporządzenia Wniosku do dnia dostarczenia go do siedziby Towarzystwa upłynęło nie więcej niż trzydzieści dni;

   2) Wniosek wypełniony został w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu Wniosku – zupełny;

   3) do Wniosku została dołączona aktualna Kwotacja wraz z listą Uczestników, którzy złożyli Deklaracje Uczestnictwa przed dniem sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu, sporządzona na formularzu Towarzystwa zawierająca w szczególności imiona i nazwiska Uczestników, daty ich urodzenia, numery PESEL, wykonywane zawody, otrzymywane wynagrodzenie (wyłącznie w przypadku gdy ma ono wpływ na ustalenie wysokości Kosztu Ochrony i Sumy Ubezpieczenia) oraz proponowany zakres i wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej;

   4) do Wniosku dołączone zostały, złożone przez Uczestników, Deklaracje Uczestnictwa wypełnione w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu deklaracji – zupełny;

   5) Towarzystwu, zgodnie z treścią Deklaracji Uczestnictwa, udzielone zostały pełnomocnictwa do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia Uczestników, o których mowa w pkt 3), z wyłączeniem wyników badań genetycznych;

   6) do Wniosku dołączone zostały dokumenty, inne niż wskazane w punktach poprzedzających, których przedstawienia zażądało Towarzystwo przed złożeniem oferty przez Ubezpieczającego;

3. O ile nie umówiono się inaczej, Umowę Główną na warunkach zgodnych z treścią Wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Dokumentu Ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.

4. Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we Wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy Głównej lub Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia bądź zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie takich umów na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego Wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu Dokumentu Ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa, wraz z pismem, w którym Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu uwagę na postanowienia Umowy Ubezpieczenia odbiegające od treści Wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, iż Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią zaproponowaną przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę Ubezpieczenia uważa się za niezawartą.

5. Do czasu doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia Ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W przypadku, gdy Ubezpieczający cofnie ofertę zawarcia Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego Składkę w wysokości nominalnej w terminie nie dłuższym niż czternaście 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.

6. Kolejna Umowa Główna jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana w Umowie Głównej ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią.

7. Towarzystwo może również podjąć decyzję o nie składaniu Ubezpieczającemu propozycji zawarcia kolejnej Umowy Głównej lub Umów Dodatkowych i nie przedłużaniu Ochrony Ubezpieczeniowej w takim zakresie na kolejny roczny okres. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym fakcie Ubezpieczającego nie później niż 30 dni przed ostatnim dniem okresu obowiązywania danej Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej.

§ 3.
ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Pierwsza Umowa Dodatkowa danego rodzaju zawierana jest w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z Wnioskiem o zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia lub w terminie późniejszym. Umowa Dodatkowa jest zawierana na okres jednego roku, ale nie dłużej niż do dnia kończącego roczny okres Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Głównej.
2. Pod warunkiem przedłużenia na kolejny roczny okres Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Głównej, kolejna Umowa Dodatkowa danego rodzaju jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego. Ochrona Ubezpieczeniowa wynikająca z Umowy Dodatkowej ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, o ile strony tak postanowią.
3. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego dotyczącą zawarcia Umowy Dodatkowej złożoną łącznie z Wnioskiem o zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia, Umowę Dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego dotyczącą zawarcia Umowy Dodatkowej, złożoną później niż oferta zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, Umowę Dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez Towarzystwo oferty zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 4.
PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełnią warunki wskazane w Umowie Ubezpieczenia, będą składać Ubezpieczającemu Deklaracje Uczestnictwa. Deklaracja Uczestnictwa składana jest na odpowiednim formularzu Towarzystwa i może zostać złożona przez Uczestnika w okresie trzydziestu dni poprzedzających dzień wymagalności Składki.
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 Uczestnictwa w innym terminie niż wskazany w ust. 1, ale oznaczonym tą samą datą dzienną co dzień wymagalności Składki.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o złożeniu przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa w terminie czternastu dni od dnia jej złożenia, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od dnia wymagalności Składki z Umowy Ubezpieczenia obejmującej Koszt Ochrony danego Uczestnika po raz pierwszy. Ponadto Ubezpieczający obowiązany jest przekazać Towarzystwu oryginał Deklaracji Uczestnictwa w terminie trzydziestu dni od dnia wymagalności pierwszej Składki z Umowy Ubezpieczenia obejmującej Koszt Ochrony danego Uczestnika po raz pierwszy.
4. Postanowienia ust. 3 nie stosuje się w odniesieniu do Uczestników, którzy złożą Deklaracje Uczestnictwa przed dniem sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu. W takim przypadku wykonanie obowiązku informacyjnego wobec Towarzystwa następuje poprzez dołączenie do Wniosku dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3) i 4).
5. Deklaracja Uczestnictwa danego Uczestnika, złożona po dniu sporządzenia Wniosku o ubezpieczenie, zostaje przyjęta przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
   1) Deklaracja Uczestnictwa złożona została w terminie wskazanym w ust. 1 albo w terminie ustalonym zgodnie z ust. 2;
   2) Deklaracja Uczestnictwa wypełniona została w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w jej formularzu – zupełny;
   3) Towarzystwu, zgodnie z treścią Deklaracji Uczestnictwa, udzielone zostało pełnomocnictwo do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia Uczestnika, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
6. Złożenie Deklaracji Uczestnictwa przez osoby, które nie spełniają warunków wskazanych w Umowie Ubezpieczenia jest bezskuteczne. Złożenie Deklaracji Uczestnictwa jest bezskuteczne również w przypadku, gdy nie zostanie ona przekazana przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w ust. 3 bądź nie zostanie przyjęta przez Towarzystwo z uwagi na niespełnienie przesłanek, o których mowa odpowiednio w § 2 ust. 2 pkt 4)-6) lub w ust. 5 niniejszego paragrafu. Ewentualnie opłacona przez Ubezpieczającego część Składki z tytułu ubezpieczenia osób, które bezskutecznie złożyły Deklaracje Uczestnictwa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie nominalnej.
7. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zostanie zawarta, za dzień przystąpienia do ubezpieczenia uważa się dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej danemu Uczestnikowi zgodnie z § 12 ust. 1.
8. W przypadku spadku liczby Uczestników ubezpieczenia poniżej liczby minimalnej określonej w Dokumencie Ubezpieczenia nie jest możliwe przystępowanie do ubezpieczenia nowych Uczestników, chyba że strony postanowią inaczej.

§ 5.
WSPÓŁUCZESTNICTWO W UBEZPIECZENIU

1. Za zgodą Towarzystwa i na warunkach przez nie określonych, do ubezpieczenia mogą przystępować również Małżonkowie lub Partnerzy Uczestników (Współuczestnicy), pod warunkiem że nie spełniają jednocześnie kryteriów do przystąpienia do ubezpieczenia jako Uczestnik. Przystąpienie Współuczestników jest możliwe wyłącznie wraz z przystąpieniem Uczestnika, w okresie trzech miesięcy od dnia zawarcia związku małżeńskiego przez Uczestnika lub w innym terminie odrębnie uzgodnionym z Towarzystwem.
2. W odniesieniu do Współuczestników stosuje się zasady dotyczące Uczestnika, z zastrzeżeniem że:
   a) zakres i wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Współuczestnikowi nie może przekroczyć zakresu i wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi, chyba że, za zgodą Towarzystwa, zostanie zastosowane inne postanowienie potwierdzone na dokumencie uczestnictwa;
   b) jeżeli Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi została ograniczona w sposób przewidziany w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej lub Warunkach Ogólnych Umów Dodatkowych, Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Współuczestnikowi zostaje ograniczona w taki sam sposób i na taki sam okres;
   c) Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Współuczestnikowi wygasa we wszystkich przypadkach, w których następuje wygaśnięcie ochrony przysługującej Uczestnikowi;
   d) Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Współuczestnikowi wygasa wraz z końcem miesięcznego okresu udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym ustał związek małżeński między Współuczestnikiem a Uczestnikiem lub w którym ustał związek partnerski między nimi;
   e) Koszt Ochrony Współuczestnika jest finansowany przez Uczestnika i opłacany przez Ubezpieczającego wraz ze Składką w terminach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia łącznie Kosztu Ochrony z tytułu ubezpieczenia Uczestnika i Współuczestnika w wysokości niższej niż wynikająca z Umowy Ubezpieczenia, w pierwszej kolejności opłacany jest Koszt Ochrony z tytułu ubezpieczenia Uczestnika, a następnie Koszt Ochrony Współuczestnika.
3. W przypadku gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie Partnera.

§ 6.
OKRESY OGRANICZONEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ ORAZ KONTYNUACJA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ UDZIELANEJ PRZEZ INNEGO UBEZPIECZYCIELA

1. W Umowie Głównej i Umowach Dodatkowych mogą występować okresy, w których przysługujące świadczenie ubezpieczeniowe zwiększa się wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu lub okresy ograniczonej Ochrony Ubezpieczeniowej, w czasie których przysługująca Uczestnikom Ochrona Ubezpieczeniowa jest ograniczona co do wysokości świadczenia i/lub do wypadkowego charakteru Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Okresy te, ich długość oraz przypadki, w których są stosowane, są wskazane w Warunkach Ogólnych Umowy Głównej i Warunkach Ogólnych Umów Dodatkowych.
2. Okresy ograniczonej Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoczynające się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia nie mają zastosowania w odniesieniu do Uczestnika, który spełnia łącznie następujące warunki:
   1) w okresie co najmniej trzech miesięcy bezpośrednio poprzedzających przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia był objęty Ochroną Ubezpieczeniową przez innego ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego (poprzednie ubezpieczenie);
   2) okres obejmowania Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową w poprzednim ubezpieczeniu przez innego ubezpieczyciela w zakresie danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego przekracza okres ograniczonej Ochrony Ubezpieczeniowej zdefiniowanej odpowiednio w niniejszych OWU lub Warunkach Ogólnych danej Umowy Dodatkowej stanowiących uzupełnienie Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU;
   3) przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia Uczestnik złożył rezygnację z obejmowania go ochroną przez innego ubezpieczyciela w ramach poprzedniego ubezpieczenia lub też umowa poprzedniego ubezpieczenia została rozwiązana;
   4) Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia w ciągu trzech miesięcy od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
3. W przypadkach wskazanych w ust. 2 Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego ograniczona jest do wysokości niższej z kwot:

1) świadczenia należnego z tytułu Umowy Głównej lub danej Umowy Dodatkowej

albo

2) świadczenia w wysokości określonej w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, którą Uczestnik był objęty poprzednio u innego ubezpieczyciela.

4. Postanowienia ust. 2 i 3 mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Uczestnika przy zgłaszaniu roszczenia, poświadczonych przez Ubezpieczającego, dokumentów potwierdzających wysokość, zakres oraz terminy obejmowania Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia u innego ubezpieczyciela.

III. PRZEDMIOT, ZAKRES UBEZPIECZENIA ORAZ OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 7.
PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ UMOWY GŁÓWNEJ

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Głównej jest Śmierć Uczestnika, która miała miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. Na wniosek Ubezpieczającego, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej Umowy Głównej może zostać rozszerzony o inne Zdarzenia Ubezpieczeniowe, jakimi są zaistniałe w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej: Niezdolność Uczestnika do Pracy, Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1, 2 lub 3.
2. W Kwotacji dołączonej do wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczający określa zakres ubezpieczenia zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Głównej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Tabela 1:

Wariant nr	Zakres ubezpieczenia w Wariancie
I	Śmierć Uczestnika;
II	Śmierć Uczestnika albo Niezdolność Uczestnika do Pracy;[1]
III	Śmierć Uczestnika albo Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;[2]
IV	Śmierć Uczestnika oraz wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1, 2 lub 3;
V	Śmierć Uczestnika albo Niezdolność Uczestnika do Pracy oraz wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1, 2 lub 3;[3]
VI	Śmierć Uczestnika albo Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wystąpienie u Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1, 2 lub 3;[4]

[1] Ochrona Ubezpieczeniowa w Umowie Głównej wygasa na skutek śmierci Uczestnika albo uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy – w zależności od tego które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze – co oznacza, że w tym Wariancie możliwe jest uzyskanie tylko jednego z wymienionych dwóch świadczeń: świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy;

[2] Ochrona Ubezpieczeniowa w Umowie Głównej wygasa na skutek śmierci Uczestnika albo uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – w zależności od tego które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze – co oznacza, że w tym Wariancie możliwe jest uzyskanie tylko jednego z wymienionych dwóch świadczeń: świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo z świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;

[3] Ochrona Ubezpieczeniowa w Umowie Głównej wygasa na skutek śmierci Uczestnika albo uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy – w zależności od tego które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze – co oznacza, że w tym Wariancie możliwe jest uzyskanie tylko jednego z tych dwóch świadczeń: świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo z świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania jest odrębnym świadczeniem, którego zasady wypłaty wskazane są w dalszej części Umowy Głównej, w szczególności w § 17 ust. 4 OWU;

[4] Ochrona Ubezpieczeniowa w Umowie Głównej wygasa na skutek śmierci Uczestnika albo uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – w zależności od tego które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze – co oznacza, że w tym Wariancie możliwe jest uzyskanie tylko jednego z wymienionych dwóch świadczeń: świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo z świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania jest odrębnym świadczeniem, którego zasady wypłaty wskazane są w dalszej części Umowy Głównej, w szczególności w § 17 ust. 4 OWU.

3. Niezależnie od wybranego Wariantu, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej Umowy Głównej może zostać rozszerzony o ryzyko osierocenia Dziecka Uczestnika.
4. Wysokości Sum Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń, o których mowa w ustępach powyżej, ustalane są odrębnie dla każdego z tych zdarzeń.

§ 8.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA – INFORMACJE OGÓLNE

1. W zależności od wybranego Wariantu i pod warunkiem zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego wymienionego w §7 ust. 1 w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z danej Umowy Głównej, udzielana w ramach Umowy Głównej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego:
   1) w Wariancie I – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika;
   2) w Wariancie II – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo Sumie Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy;
   3) w Wariancie III – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo Sumie Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   4) w Wariancie IV – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika lub określonego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego Zachorowania;
   5) w Wariancie V – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo Sumie Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy lub określonego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego Zachorowania;
   6) w Wariancie VI – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika albo Sumie Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub określonego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego Zachorowania;

   zgodnie z zasadami opisanymi w §17 niniejszych OWU. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o zdarzenia osierocenia dziecka Uczestnika, udzielana w ramach Umowy Głównej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka Uczestnika.
2. Z zastrzeżeniem innych postanowień OWU i odpowiednio do wybranego Wariantu, Ochrona Ubezpieczeniowa wynikająca z Umowy Głównej wygasa w przypadku śmierci Uczestnika, uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo uznania roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku wystąpienia pierwszego z tych zdarzeń.
3. W przypadkach wskazanych w OWU, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika, osierocenia Dziecka Uczestnika, Niezdolności do Pracy Uczestnika lub Poważnego Zachorowania Uczestnika wyłącznie wówczas, gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, jeżeli wysokość którejkolwiek Sumy Ubezpieczenia z Umowy Głównej, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia przysługiwałaby danemu Uczestnikowi, przekracza Automatyczny Limit Akceptacji przypisany danemu zdarzeniu, Towarzystwo może przed przyznaniem Uczestnikowi wnioskowanej Ochrony Ubezpieczeniowej zażądać poddania się przez niego 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 przedłożenia wszelkich wymaganych przez Towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia oraz udzielenia innych informacji uznanych przez Towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Do dnia poprzedzającego dzień wymagalności Składki, następującego bezpośrednio po podjęciu przez Towarzystwo decyzji o wysokościach poszczególnych Sum Ubezpieczenia oraz pisemnym ich zakomunikowaniu Ubezpieczającemu, Uczestnikowi przysługują Sumy Ubezpieczenia w wysokości Automatycznego Limitu Akceptacji. Ostateczna wysokość każdej z Sum Ubezpieczenia ustalana przez Towarzystwo w opisanym powyżej trybie nie może być niższa od Automatycznego Limitu Akceptacji.
5. W przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
   1) Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności Składki, następujący po upływie trzech miesięcy od dnia, w którym Uczestnik spełnił wskazane w Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

   Ochrona Ubezpieczeniowa, przysługująca Uczestnikowi w ramach Programu Ochrony Ubezpieczeniowej, przez okres pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia ograniczona jest zgodnie z OWU do zobowiązania Towarzystwa do wypłaty danego świadczenia, przewidzianego w wybranym Wariancie Umowy Głównej, wyłącznie w przypadku, gdy zaistniało ono wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

6. Postanowienia ust. 5 pkt 2 nie stosuje się, jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia, w ramach Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.

7. Jeżeli wysokości przysługujących Uczestnikowi sum ubezpieczenia są uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, ochrona ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji właściwego danemu zdarzeniu bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4. Na wniosek Ubezpieczającego wysokość każdej z Sum Ubezpieczenia, ograniczonej w sposób przewidziany w zdaniu poprzedzającym, może ulec podwyższeniu w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia – w takim przypadku postanowienie ust. 4 stosuje się odpowiednio.

8. Określony powyżej zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe. Objęcie Uczestników ochroną z tytułu danego ryzyka dodatkowego następuje poprzez zawarcie przez Ubezpieczającego Umowy Dodatkowej, na zasadach przewidzianych w § 3. W razie zawarcia Umów Dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia, obok zdarzeń wymienionych w Tabeli 1, mogą być dodatkowe zdarzenia w życiu Uczestnika, związane z jego zdrowiem oraz życiem lub zdrowiem osób wskazanych w tych umowach.

§ 9.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. 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 Uczestnika rozpoczął się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 12 ust. 3, pkt. 3) i 4), 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.

2. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zobowiązuje Towarzystwo taka Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli jednak okres dwunastomiesięcznej Niezdolności do Pracy Uczestnika rozpoczął się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 12 ust. 3 pkt 3) i 4), Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli po zakończeniu tego okresu Niezdolność do Pracy Uczestnika ma charakter trwały i nieodwracalny.

3. W przypadku utraty części ciała, o którym mowa w § 1 pkt 11 ppkt b) tiret drugi, do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje Towarzystwo utrata organów lub części ciała wskazanych w tym postanowieniu.

§ 10.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UCZESTNIKA

1. W ramach Poważnego Zachorowania Zdarzeniem Ubezpieczeniowym jest wystąpienie u Uczestnika schorzeń wymienionych w Tabeli 2a oraz w Tabeli 2b umieszczonej w niniejszych Warunkach Ogólnych, które sklasyfikowane są w ramach pięciu grup. Tabele, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, określają również listę schorzeń objętych zakresem ubezpieczenia w poszczególnych wersjach.

2. Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie Poważnego Zachorowania Uczestnika, o ile Uczestnik przeżył co najmniej 30 (trzydzieści) dni licząc od dnia wystąpienia tego Poważnego Zachorowania. Zobowiązanie Towarzystwa do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie Poważnego Zachorowania Uczestnika dotyczy również przypadku, gdy Uczestnik zmarł w okresie wskazanym w zdaniu poprzednim w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten nie był przyczyną wystąpienia Poważnego Zachorowania.

3. 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), Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię, 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 Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem;
   4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Amputacja kończyn, Rozległe oparzenie, Toczeń rumieniowaty układowy (SLE), Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, 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 Całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy;
   6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie Gruźlicy leczonej szpitalnie, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku Gruźlicy leczonej szpitalnie;
   7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku Ciężkiej sepsy (posocznicy), Tężca leczonego szpitalnie i Wścieklizny leczonej szpitalnie;
   8) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach pozostałych Poważnych Zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt 1-7 powyżej.

4. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia, którego wysokość określona jest w sposób wskazany w § 17 ust. 4-8:

5. Wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. progresja) i wynosi: 10% świadczenia wyliczonego zgodnie z zasadami opisanymi w § 17 ust. 4-8 od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% świadczenia wyliczonego zgodnie z zasadami opisanymi w § 17 ust. 4-8 od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% świadczenia wyliczonego zgodnie z zasadami opisanymi w § 17 ust. 4-8 od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot, którymi są Automatyczny Limit Akceptacji oraz kwota 100 000 (sto tysięcy) zł; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia, o którym mowa powyżej. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Ubezpieczenia na zasadach opisanych w niniejszych Warunkach Ogólnych.

6. Postanowienie ust. 5 ma również zastosowanie w przypadku zmiany wersji Umowy w zakresie Poważnego Zachorowania na inną wersję z wymienionych w § 7 ust. 2 w odniesieniu do Poważnych Zachorowań wcześniej nie objętych Ochroną Ubezpieczeniową.

7. Jeżeli Uczestnik, o którym mowa w § 8 ust. 5 pkt 2 ma w dacie złożenia Deklaracji Uczestnictwa ukończone 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie wystąpienie następujących Poważnych Zachorowań:
   1) dla wersji 1. – Przeszczep narządów, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne, Operacja aorty, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Rozległe oparzenie, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy;
   2) dla wersji 2. – Przeszczep narządów, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne, Operacja aorty, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku), Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Rozległe oparzenie, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu, Utrata kończyn;
   3) dla wersji 3. – Przeszczep narządów, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne, Operacja aorty, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku), Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Rozległe oparzenie, Całkowita i nieodwracalna utrata

wzroku, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu, Amputacja kończyn, Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, Ciężka sepsa (posocznica).

§ 11.
KATEGORIE UCZESTNIKÓW

1. Umowa Ubezpieczenia może przewidywać ustalanie odmiennych parametrów ubezpieczenia, w tym w szczególności Kosztu Ochrony , Automatycznego Limitu akceptacji, Sumy Ubezpieczenia oraz zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej dla wyodrębnionych w ramach umowy grup Uczestników (kategorie). Parametry ubezpieczenia ustalone w ramach jednej kategorii obowiązują w stosunku do wszystkich Uczestników do niej przypisanych.
2. Kryteria kwalifikacji Uczestników do danej kategorii wskazane są w Umowie Ubezpieczenia, przy czym każdy Uczestnik może być w tym samym czasie przypisany wyłącznie do jednej kategorii. Umowa Ubezpieczenia może również przewidywać wybór kategorii przez Uczestnika; w takim przypadku kryteria kwalifikacji do kategorii nie zostają określone.
3. Ubezpieczający obowiązany jest poinformować Towarzystwo, jeżeli dany Uczestnik przestał spełniać kryteria przynależności do kategorii, do której był dotychczas przypisany oraz wskazać inną kategorię, której kryteria taki Uczestnik spełnia, w terminie siedmiu dni od dnia zaistnienia powyższej okoliczności. Z dniem wymagalności Składki, następującej bezpośrednio po otrzymaniu informacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, Uczestnik zostaje przypisany do kategorii, której kryteria spełnia.
4. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia przewiduje wybór kategorii przez Uczestnika, zmiana kategorii możliwa jest nie wcześniej niż po upływie pięciu lat uczestnictwa danego Uczestnika w ubezpieczeniu i może być dokonywana nie częściej niż raz na pięć lat. Zmiana kategorii dokonywana jest na podstawie pisemnego wniosku Uczestnika, począwszy od dnia wymagalności Składki, następującej po otrzymaniu przez Towarzystwo tego wniosku.
5. Jeżeli którakolwiek Suma Ubezpieczenia w Umowie Głównej, która w wyniku zmiany kategorii przysługiwałaby danemu Uczestnikowi, jest wyższa od dotychczasowej i jednocześnie przekracza Automatyczny Limit Akceptacji ustalony w ramach tej kategorii, postanowienie § 8 ust. 4 i 7 stosuje się odpowiednio.

§ 12.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia zostanie zawarta, Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się odpowiednio:
   1) późniejszego z dni, którymi są dzień wskazany w Dokumencie Ubezpieczenia oraz dzień następujący po dniu zapłaty pierwszej Składki – w odniesieniu do Uczestników, którzy złożyli Deklaracje Uczestnictwa przed dniem sporządzenia Wniosku lub w tym dniu;
   2) w dniu złożenia przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż dzień następujący po dniu zapłaty pierwszej kwoty Kosztu Ochrony za tego Uczestnika– w przypadkach, o których mowa w § 4 ust. 2;
   3) w dniu wymagalności Składki następującym po dniu złożenia przez Uczestnika Deklaracji Uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu następującym po dniu zapłaty po raz pierwszy kwoty Kosztu Ochrony za tego Uczestnika – w pozostałych przypadkach; chyba, że w dniu tym Uczestnik przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby lub uszkodzenia ciała. W takim przypadku za dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej uważa się dzień wymagalności Składki, bezpośrednio następujący po zakończeniu zwolnienia lekarskiego Uczestnika. Kwota Kosztu Ochrony opłacona za okres, w którym Uczestnikowi nie przysługuje Ochrona Ubezpieczeniowa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w wysokości nominalnej.
2. W przypadku, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia Towarzystwa o zwolnieniu lekarskim Uczestnika nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania takiej informacji.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, przysługująca danemu Uczestnikowi według wybranego Wariantu Umowy Głównej, Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
   1) śmierci Uczestnika;
   2) uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) z dniem kończącym okres obowiązywania Umowy Głównej, o ile nie nastąpi przedłużenie oferowanej w niej Ochrony Ubezpieczeniowej w trybie wskazanym w Warunkach Ogólnych Ubezpieczenia;
   4) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
   5) w którym rezygnacja Uczestnika z ubezpieczenia, zgodnie z § 23, stała się skuteczna;
   6) ostatnim dniu okresu, w którym nastąpiło ustanie stosunku prawnego łączącego Uczestnika z Ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową, za jaki została opłacona kwota Kosztu Ochrony za tego 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, z zastrzeżeniem ust. 4 niniejszego paragrafu;
   7) z końcem dnia poprzedzającego Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Uczestnika siedemdziesięciu lat lub w dniu Rocznicy Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika.
4. Jeżeli Umowa Główna przewiduje Ochronę Ubezpieczeniową w zakresie Poważnego Zachorowania, przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa w tym zakresie wygasa w dniu:
   a) wystąpienia pierwszego z Poważnych Zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa;
   b) wystąpienia trzeciego z Poważnych Zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa, sklasyfikowanych w grupie innej niż V i innego niż angioplastyka naczyń wieńcowych.
5. Przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa również w razie przekraczającego czternaście dni opóźnienia w zapłacie kwoty Kosztu Ochrony za tego Uczestnika. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w pierwszym dniu okresu, za który nie został opłacony Koszt Ochrony .
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi Ochronę Ubezpieczeniową w dniu wymagalności Składki następującym po wznowieniu przez Ubezpieczającego opłacania Kosztu Ochrony za danego Uczestnika. W przypadku ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej, przez okres stu osiemdziesięciu dni jest ona ograniczona do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zdarzenia będącego skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, a postanowienia § 8 ust. 4 i 7 stosuje się odpowiednio.
7. O ile strony nie postanowią inaczej, Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 5, wygasła Ochrona Ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Uczestników i Ubezpieczający, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, w terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia tejże ochrony nie wznowił opłacania Składki lub nie złożył wniosku o ponowne objęcie Uczestników Ochroną Ubezpieczeniową, albo po złożeniu takiego wniosku nie wznowił jednocześnie opłacania Składki w najbliższym dniu jej wymagalności . Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu następującym po upływie okresu, w którym Ubezpieczający mógł wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 13.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA
W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Uczestnika nastąpi:

1) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia;
2) w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego;
3) w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym;
4) w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej, w pkt 1) i 2), aktach przemocy;
5) jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez Uczestnika w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej danego Uczestnika.

§ 14.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, OSIEROCENIA DZIECKA, NIEZDOLNOŚCI UCZESTNIKA DO PRACY, NIEZDOLNOŚCI UCZESTNIKA DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UCZESTNIKA.

1. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Niezdolność Uczestnika do Pracy lub Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, osierocenie Dziecka lub Poważne Zachorowanie nastąpi:

1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa;
3) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;
4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;

2. Świadczenie z tytułu Niezdolności do Pracy, Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnego Zachorowania nie zostanie również wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Uczestnika lub Niezdolność do Pracy Uczestnika albo Niezdolność do Pracy Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi:
   1) na skutek zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
   2) w związku z chorobą psychiczną Uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.
3. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania lub Niezdolności do Pracy Uczestnika nie zostanie również wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Uczestnika wystąpi jako skutek:
   1) schorzeń wymienionych w Tabeli 2a lub Tabeli 2b albo
   2) innych stanów chorobowych,

   które znalazły odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Uczestnika i zostały rozpoznane lub leczone u Uczestnika w okresie 5-ciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Programu Ochrony Ubezpieczeniowej.
4. Świadczenie z Niezdolności do Pracy i z tytułu Poważnego Zachorowania nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne Zachorowanie wystąpiło w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
   3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).

§ 15.
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 Ubezpieczenia 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 Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej mu w pierwszej Umowie Głównej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu pierwszej Umowy Głównej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.
4. W przypadku Niezdolności Uczestnika do Pracy, Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, osierocenia Dziecka i Poważnego Zachorowania zarzut, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo może podnieść również po upływie 3 lat.

IV. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 16.
WYSOKOŚĆ I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Koszt Ochrony oraz jego części mogą być finansowane przez Ubezpieczającego lub Uczestnika. O ile umowa nie zawiera regulacji w tym przedmiocie, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu informacji w jakiej części Uczestnik finansuje Koszt Ochrony. W przypadku braku takiej informacji uważa się, że Koszt Ochrony finansowany jest przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa Składkę odpowiadającą łącznym Kosztom Ochrony wszystkich Uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w Umowie Ubezpieczenia, przy czym w przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 2 pierwszy łączny Koszt Ochrony z tytułu Umowy Głównej i Umów Dodatkowych za danego Uczestnika, obliczany jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia tego Uczestnika przypadającego od dnia złożenia przez niego Deklaracji Uczestnictwa do najbliższego dnia wymagalności Składki wynikającego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Wysokość Kosztu Ochrony lub sposób jego określania wskazane są w Umowie Ubezpieczenia. Jest to łączny koszt Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Głównej i Umów Dodatkowych.
4. Koszt Ochrony należny jest przez cały okres trwania Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej danemu Uczestnikowi.
5. Składka płatna jest w terminach i z częstotliwością określoną w Umowie Ubezpieczenia, począwszy od dnia w niej wskazanego. Umowa Ubezpieczenia może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania Składki. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. W przypadku gdy Umowa Ubezpieczenia została rozszerzona o Umowę Dodatkową, koszt Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Dodatkowej, w wysokości oznaczonej w tej umowie, za Uczestników objętych wynikającą z niej Ochroną Ubezpieczeniową, od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej stanowi element składowy Składki.
7. W przypadku, gdy Suma Ubezpieczenia dla Umowy Głównej lub dowolnej Umowy Dodatkowej przekracza Automatyczny Limit Akceptacji Towarzystwo może w wyniku indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego określić Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej danego Uczestnika odbiegający od kosztu podanego w danej umowie dla pozostałych Uczestników.
8. Wskazana w Umowie Ubezpieczenia wysokość kwoty stanowiącej Koszt Ochrony, w tym ochrony udzielanej w ramach Umowy Dodatkowej, obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich liczby, wieku, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczającego, wysokości i zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach Umowy Głównej i Umów Dodatkowych przez Towarzystwo. Kwota stanowiąca Koszt Ochrony określona zostaje w taki sposób, aby zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy Ubezpieczenia, z uwzględnieniem zawieszeń lub ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa mających miejsce w okresach ograniczonej ochrony Towarzystwa, w tym ograniczeń Towarzystwa związanych z wypłaceniem świadczenia z określonej grupy zdarzeń, oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

V. ŚWIADCZENIA

§ 17.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Uczestnika uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika obowiązującej w dniu jego śmierci.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka Uczestnika uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia

z tytułu osierocenia Dziecka Uczestnika obowiązującej w dniu śmierci Uczestnika.

3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy lub Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do Pracy obowiązującej odpowiednio w dniu:
   1) rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności Uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej;

   albo
   2) rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności Uczestnika do samodzielnej egzystencji polegająca na niemożności samodzielnego wypełniania co najmniej trzech z następujących, podstawowych aktywności codziennego życia: mycie się, ubieranie się, przemieszczanie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, spożywanie posiłków;

   albo
   3) utraty części ciała lub organów, o których mowa odpowiednio w § 1 pkt 11) ppkt b lub w § 1 pkt 12) ppkt b.
4. Z zastrzeżeniem § 10 ust. 5., przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie I, II, III lub IV (patrz Tabela 2a, poniżej) uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, wysokość wskaźnika procentowego oraz liczbę i rodzaj świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu Poważnego Zachorowania, zgodnie z opisem w Tabeli 2a oraz z treścią ust. 4-8 poniżej:

Tabela 2a

Lp.	Poważne Zachorowania	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Ochrona po wypłacie Świadczenia
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia*			
Grupa I					
1	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania
2	Przeszczep narządów	100%	100%	100%	
3	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
4	Schyłkowa niewydolność oddechowa	-	-	100%	
5	Schyłkowa niewydolność wątroby	-	100%	100%	
6	Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne	-	100%	100%	
Grupa II					
7	Angioplastyka naczyń wieńcowych	-	100%[1]	100%[1]	Wypłata świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z Grupy II, nie zmniejsza również liczby możliwych do uzyskania świadczeń
8	Operacja aorty	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy I oraz z Grupy II (poza Angioplastyką naczyń wieńcowych)
9	Pomostowanie aortalno wieńcowe (bypass)	100%	100%	100%	
10	Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
11	Zawał serca	100%	100%	100%	
12	Operacja zastawek serca	-	100%	100%	
13	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	-	100%	100%	
Grupa III					
14	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy I oraz z Grupy III
15	Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne	-	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy I oraz z Grupy III
16	Niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)	-	100%	100%	
Grupa IV					
17	Rozległe oparzenie	100%	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy I oraz z Grupy IV
18	Całkowita nieodwracalna utrata mowy	100%	100%	100%	
19	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%	100%	100%	
20	Amputacja kończyn	-	100%	100%	
21	Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	-	100%	100%	
22	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	-	100%	100%	

* z zastrzeżeniem §10 ust. 5

5. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w związku z wystąpieniem Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupie I, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w związku z wystąpieniem Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupach II-IV, każde kolejne roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania może zostać rozpatrzone, o ile zaistniało po upływie co najmniej 365 dni od daty wystąpienia Poważnego Zachorowania bezpośrednio je poprzedzającego.
6. Z zastrzeżeniem postanowienia § 10 ust. 5 („progresja"), trzecie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania jest równe dziesięciu procentom świadczenia określonego w Tabeli 2a.
7. Z zastrzeżeniem postanowienia § 10 ust. 5 („progresja"), w przypadku wykonania zabiegu Angioplastyki naczyń wieńcowych świadczenie ubezpieczeniowe jest równe Sumie Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, nie więcej jednak niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. Wypłata świadczenia z tytułu wykonania Angioplastyki naczyń wieńcowych nie wpływa na uprawnienia do pozostałych świadczeń możliwych do uzyskania z grup I-IV, nie wpływa również na liczbę możliwych do uzyskania świadczeń.

Tabela 2b

Lp.	Poważne zachorowania	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Ochrona po wypłacie Świadczenia z Grupy V
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia**			
Grupa V					
1	Gruźlica leczona szpitalnie	-	100%[1]	100%[1]	Wypłata świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z Grupy V
2	Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy V, jeśli wypłata spowodowała wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia
3	Choroba Creutzfeldta-Jacoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
4	Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	-	-	50%	

Lp.	Poważne zachorowania	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Ochrona po wypłacie Świadczenia z Grupy V
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia**			
5	Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z Grupy V, jeśli wypłata spowodowała wyczerpanie Sumy Ubezpieczenia
6	Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
7	Postępująca twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	-	-	50%	
8	Postępujące porażenie nadjądrowe	-	-	50%	
9	Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	-	-	50%	
10	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	-	-	50%	
11	Usunięcie płuca (pneumonektomia)	-	-	50%	
12	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne	-	-	25%	
13	Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita	-	-	25%	
14	Ciężka sepsa (posocznica)	-	-	25%	
15	Infekcyjne zapalenie wsierdzia	-	-	25%	
16	Operacja mózgu	-	-	25%	
17	Operacja tętnicy płucnej	-	-	25%	
18	Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię	-	-	25%	
19	Tężec leczony szpitalnie	-	-	25%	
20	Wirusowe zapalenie mózgu	-	-	25%	
21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	-	-	25%	
22	Wścieklizna	-	-	25%	
23	Zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	-	-	25%	
24	Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym	-	-	10%	

[1] wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Angioplastyki naczyń wieńcowych oraz Gruźlicy leczonej szpitalnie nie może przekroczyć kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł

** z zastrzeżeniem §10 ust. 5

8. W przypadku wystąpienia w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie V (patrz Tabela 2b powyżej), Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań wskaźnika procentowego, nie większego niż wielkość, która wynika z różnicy stu procent i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w grupie V. Postanowienia zdania poprzedniego nie dotyczą wypłaty świadczenia z tytułu gruźlicy leczonej szpitalnie, z zastrzeżeniem że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu gruźlicy leczonej szpitalnie, obliczona w sposób wskazany powyżej, nie przekroczy kwoty 15 000 (piętnaście tysięcy) zł.
9. Uznanie roszczenia z tytułu Poważnego Zachorowania sklasyfikowanego w Grupie V powoduje zakończenie Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej tego Poważnego Zachorowania.
10. Łączna wysokość świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy i Poważnego Zachorowania spowodowanych tą samą przyczyną jest ograniczona do wysokości wyższego ze świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia. Łączna wysokość świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i Poważnego Zachorowania spowodowanych tą samą przyczyną jest ograniczona do wysokości wyższego ze świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia.
11. Jeżeli po uznaniu roszczenia z tytułu Niezdolności do Pracy albo Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, nie później jednak, niż w okresie 180 dni od daty uznania tego roszczenia, nastąpi śmierć Uczestnika spowodowana tą samą przyczyną oraz w Umowie Ubezpieczenia Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika przewyższa Sumę Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do Pracy albo Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, należne jest dodatkowe świadczenia w wysokości różnicy pomiędzy Sumą Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika obowiązującą w niniejszej Umowie Ubezpieczenia w dniu śmierci Uczestnika i kwotą wypłaconego wcześniej świadczenia – odpowiednio z tytułu Niezdolności do Pracy albo Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dodatkowe świadczenie, o którym mowa powyżej, wypłacane jest osobom uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Uczestnika.
12. Jeżeli w Umowie Ubezpieczenia przewidziano wzrost wysokości świadczenia wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu, i w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Suma Ubezpieczenia nie osiągnęła swojej maksymalnej wysokości przewidzianej w Umowie Ubezpieczenia, wysokość świadczenia zostanie określona z uwzględnieniem jej niepełnej wysokości obowiązującej w dacie zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Jeśli w dniach wskazanych w ustępach wcześniejszych obowiązują inne ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zostaną one wzięte pod uwagę przy określaniu wysokości należnego świadczenia.

§ 18.
OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UCZESTNIKA

1. Uczestnik ma prawo samodzielnie wskazać i zmieniać Uposażonych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Uczestnika wypłacane jest Uposażonym w częściach określonych przez Uczestnika. Jeżeli Uczestnik wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci Uczestnika nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada Uposażonym Zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla Uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci Uczestnika nie ma żadnego z Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Uczestnika, 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.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu osierocenia Dziecka Uczestnika wypłacane jest Dziecku Uczestnika. W przypadku gdy uprawnienie do świadczenia przysługuje więcej niż jednemu Dziecku, świadczenie zostanie wypłacone każdemu z uprawnionych w pełnej wysokości.

§ 19.
WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, w tym uzyskaniu informacji o których mowa w § 25 ust. 2 pkt 3-4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje Uczestnika lub uprawnionego do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich przelewem bankowym.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego. W przypadku, gdy wyjaśnienie

wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Świadczenie z tytułu Niezdolności do Pracy, Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnego Zachorowania wypłacane jest Uczestnikowi.
7. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy, Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub 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. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 20.
COROCZNE ODNOWIENIE UMOWY

1. Towarzystwo nie później niż na trzydzieści dni przed dniem końca rocznego okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy Ubezpieczenia złoży Ubezpieczającemu na piśmie, lub, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, propozycję zawarcia kolejnej rocznej Umowy Ubezpieczenia zawierającą:
   1) niezmieniony Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej i dotychczasowe warunki ubezpieczenia, albo
   2) niezmieniony Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej przy jak najlepszym dopasowaniu wysokości Sum Ubezpieczenia i Automatycznych Limitów Akceptacji, zgodnie z zasadami wskazanymi w § 16 ust. 7, albo
   3) aktualizację warunków ubezpieczenia obejmującą Koszt Ochrony Ubezpieczeniowej, Sumy Ubezpieczenia i Automatyczne Limity Akceptacji.
2. Dodatkowo niezależnie od propozycji wskazanej w ust. 1, Towarzystwo może przedstawić Ubezpieczającemu również alternatywne propozycje warunków kolejnej rocznej Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający powinien poinformować Towarzystwo o wyborze jednej z propozycji, o których mowa w ust. 2 najpóźniej na 14 dni przed dniem końca rocznej Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z obowiązującej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli do dnia Rocznicy Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający nie poinformuje Towarzystwa o nie przyjęciu oferty zawarcia kolejnej Umowy Ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, ani też dokonania wyboru propozycji, o której mowa w ust. 2., strony zgodnie przyjmują, że Ubezpieczający wyraża chęć kontynuowania Ochrony Ubezpieczeniowej zgodnie z propozycją wynikającą z ust. 1. W takim przypadku Towarzystwo prześle Ubezpieczającemu warunki obowiązujące w kolejnym roku udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej. Kolejna Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia wskazanym w ofercie.
5. Uczestnikom, którzy ukończyli siedemdziesiąty rok życia i za zgodą Towarzystwa kontynuują ubezpieczenie na indywidualnych warunkach, Towarzystwo może przedstawić również propozycję indywidualnie ustalonych warunków dalszego obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową w czasie kolejnego roku ubezpieczenia lub informację o jej wygaśnięciu z dniem zakończenia aktualnie obowiązującej Umowy Ubezpieczenia. W Umowie Ubezpieczenia obowiązującej w kolejnym roku ubezpieczenia zachowują ważność postanowienia zawarte uprzednio w aneksach do umowy.

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

§ 21.
ROZWIĄZANIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, Umowie Ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
   1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną. W przypadku Ubezpieczającego będącego konsumentem, termin 30-tu dni biegnie od późniejszego z następujących dni: dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia lub dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. 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;
   4) upływu terminu na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta i braku jej przedłużenia w trybie określonym w § 20 niniejszych warunków ogólnych.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1), Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą do dnia odstąpienia Składkę w wysokości nominalnej wynikającej z Kosztu Ochrony udzielanej w tym okresie. Składka zwracana jest w złotych polskich przelewem bankowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 22.
ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, Umowie Ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, Umowa Dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
   1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Dokumentu Ubezpieczenia jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną. 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 Dodatkowej;
   2) wypowiedzenia dokonanego przez Ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
   3) upływu terminu na jaki Umowa Dodatkowa została zawarta i niezawarciu kolejnej umowy w trybie określonym w § 20 Warunków Ogólnych Umowy Głównej;
   4) rozwiązania Umowy Głównej.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na 3 miesiące przed najbliższą Rocznicą Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą do dnia odstąpienia część Składki odpowiadającą Kosztowi Ochrony z tytułu tej umowy, przy czym ma prawo potrącić część tego kosztu za wykorzystany okres Ochrony Ubezpieczeniowej. Część Składki, o której mowa powyżej, zwracana jest w złotych polskich przelewem bankowym.

§ 23.
REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna począwszy od dnia poprzedzającego dzień wymagalności Składki, 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.

§ 24.
KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 12 ust. 3 pkt 6 Uczestnik może złożyć Towarzystwu Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo. Uprawnienie powyższe nie przysługuje Uczestnikowi, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty Ochroną Ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.

2. Towarzystwo oświadcza, iż zawarcie umowy, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez Towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia Uczestnika wyłącznie w przypadku, gdy zakres oraz wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej nie przekroczy zakresu oraz niższej z wartości, którymi są wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio Uczestnikowi w ramach Umowy Ubezpieczenia oraz Automatycznego Limitu Akceptacji.

VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25.
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 Składek Należnych z Tytułu Ubezpieczenia Danego Uczestnika za 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.
3. Ponadto w celu umożliwienia Towarzystwu prawidłowego wykonywania zobowiązań wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:
   1) wykazu osób, które są objęte ubezpieczeniem, zawierający 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 § 16 ust. 7;
   4) danych adresowych Uczestników.
4. Do zawarcia Umowy Ubezpieczenia na rzecz danego Uczestnika, a także do zmiany Umowy Ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda Uczestnika. Zmiana Umowy Ubezpieczenia bez zgody Uczestnika nie może naruszać jego praw, praw Uposażonego, Uposażonego Zastępczego ani innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
5. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach Umowy Ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
6. Ubezpieczający jest obowiązany do przekazywania Uczestnikom na piśmie lub, o ile uczestnicy wyrażą na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
   1) o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
   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.

§ 26.
OŚWIADCZENIA WOLI

1. Wszelkie oświadczenia woli wymagane zgodnie z postanowieniami OWU oraz Umowy Ubezpieczenia Uczestnik składa za pośrednictwem Ubezpieczającego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
2. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z Towarzystwem.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 28.
PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo Rzeczpospolitej Polskiej.
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 lub siedziby spadkobiercy Uczestnika, spadkobiercy Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 29.
ADMINISTROWANIE DANYMI OSOBOWYMI

1. Towarzystwo jest administratorem danych osobowych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia na Życie. Dane te są przetwarzane na podstawie:
   1) zgody udzielonej przez Uczestnika, Ubezpieczającego oraz potencjalnego klienta; osobom tym przysługuje prawo wycofania zgody ze skutkiem od dnia jej wycofania co oznacza, że takie wycofanie nie zmienia skutków prawnych powstałych w okresie obowiązywania zgody;
   2) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie Umowy Ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
   3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie Umowy Ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
   4) przepisów Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych Uczestnika, osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz potencjalnego klienta.
2. Towarzystwo gromadzi dane osobowe z wykorzystaniem: formularza Wniosku ubezpieczeniowego, formularza zmiany danych, formularza zgłoszenia roszczenia oraz innych dokumentów związanych z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może wykorzystywać zgromadzone dane osobowe w celu profilowania tj. doboru produktów ubezpieczeniowych, a także oceny ryzyka ubezpieczeniowego włącznie z oceną stanu zdrowia.
4. Towarzystwo w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia może, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uzyskiwać jej dane osobowe od innych zakładów ubezpieczeń, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) lub Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Towarzystwo może przekazywać dane osobowe innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji (w zakresie i celu wynikających z zawartych umów ubezpieczenia) oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej (na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).
6. Towarzystwo może, pod warunkiem uzyskania zgody danej osoby, udostępniać jej dane osobowe innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych, przy czym Grupę Aviva stanowią: Towarzystwo, jednostki powiązane z Towarzystwem w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz fundusze emerytalne i inwestycyjne zarządzane przez Towarzystwo.
7. Osoba ma prawo, w ramach obowiązujących przepisów prawa, uzyskać informacje o treści przetwarzanych jej danych osobowych, a także prawo ich poprawiania albo usunięcia – telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej tj. na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
8. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do chwili zakończenia Umowy Ubezpieczenia, zakończenia okresu przedawnienia roszczeń z niej wynikających lub zakończenia okresu wynikającego z przepisów ustawy o rachunkowości – w zależności od tego, co nastąpi później.

§ 30.
ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, Uczestnika, 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 rozpatrywania reklamacji zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu złożenia reklamacji. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie faktu złożenia reklamacji 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 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, Uczestnikiem, Uposażonym lub innym 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, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
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, Uczestnikowi, Uposażonemu i innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 31.
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. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

§ 32.
ZAŁĄCZNIKI

Integralną częścią niniejszych OWU jest Załącznik nr 1 – Definicje Poważnych Zachorowań.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 16 lutego 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – DEFINICJE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

Ilekroć w niniejszym Załączniku oraz w Warunkach Ogólnych, 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 jednoczasowo 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 przezskórnej 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 powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – 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 płynu mózgowo-rdzeniowego;
4. **Całkowita i nieodwracalna utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani 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;
5. **Całkowita i nieodwracalna 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;
6. **Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita 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;
7. **Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – 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[1]. Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania

których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS) lub nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

8. **Choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastego 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 egzystencji[1];

9. **Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita** – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkująca wykonaniem w trakcie leczenia częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego) podczas co najmniej dwóch odrębnych operacji lub całkowitej resekcji jelita grubego; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;

10. **Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów 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;

11. **Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – 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 egzystencji[1], 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 alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

12. **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 mm Hg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

13. **Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – 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 egzystencji[1];

14. **Gruźlica leczona szpitalnie** – 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, skutkujące hospitalizacją w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej 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;

15. **Infekcyjne zapalenie wsierdzia** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzeplin i baterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych; rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w dwóch różnych posiewach. Zapalenie wsierdzia o etiologii innej niż infekcyjna oraz u osób, które przebyły operację zastawek serca, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

16. **Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujący usunięciem neurochirurgicznym 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;

17. **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.

    Uczestnik musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Uczestnika został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

18. **Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – 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. 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 Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
    b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
    c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
    d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
    e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;

19. **Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na

podstawie wyniku badania histopatologicznego, do nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym zalicza się wyłącznie zmiany chorobowe wymienione poniżej:

a) rak nieinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne) wszystkich narządów poza skórą,

b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,

c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,

d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC.

Dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe inne niż wymienione powyżej, wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej, a także wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

20. **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 graftem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

21. **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;

22. **Operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna z wykonaniem 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;

23. **Operacja zastawek serc**a – 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 śródnaczyniowe, 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;

24. **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 jakiekolwiek 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;

25. **Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nierokująca 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;

26. **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;

27. **Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – 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 egzystencji[1], 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:

a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,

b) zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu niebędące bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub będące skutkiem jakiejkolwiek choroby, w tym występującej nagle,

c) sytuacje, gdy do powstania nieszczęśliwego wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Uczestnika;

28. **Przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – Uczestnikowi 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 któregokolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

29. **Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujące wykonaniem przez lekarza specjalistę neurochirurga operacyjnego otwarcia czaszki (kraniotomia) w celu ewakuacji ropnia zlokalizowanego w tkance mózgowej. Rozpoznanie ropnia mózgu musi zostać potwierdzone wynikami tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI);

30. **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;

31. **Schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa, skutkujące rozpoczęciem przewlekłej dializoterapii. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

32. **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:

a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie co najmniej 1 (jednego) miesiąca,

b) konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),

c) wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg ($pO2 < 55$ mm Hg),

d) występowanie duszności spoczynkowej;

33. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę hepatologa lub gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:

a) trwała żółtaczka,

b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,

c) encefalopatia wrotna,

d) żylaki przełyku.

Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi niewydolność wątroby będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

34. **Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – 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;

35. **Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujący intubacją i mechaniczną wentylacją dla podtrzymania życia przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nierokującego możliwości poprawy. Poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

36. **Tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani) – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkująca zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, rozpoznanie kliniczne musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę jednego z następujących objawów:
    a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
    b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
    c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus).

    Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;

37. **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórnymi, 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 przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
    a) stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześć) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne",
    b) 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;

38. **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:
    a) zlokalizowane postacie sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
    b) eozynofilowe zapalenia powięzi,
    c) zespół CREST;

39. **Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – 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:
    a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
    b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
    c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

40. **Usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna z otwarciem 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;

41. **Wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) – 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 skutkujące jego usunięciem** – 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 – skutkująca całkowitym chirurgicznym usunięciem jelita grubego (kolektomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;

43. **Wścieklizna leczona szpitalnie** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie obowiązujących klinicznych kryteriów diagnostycznych i kryteriów laboratoryjnych określonych przez Państwowy Zakład Higieny, skutkująca zastosowaniem 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:
    a) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
    b) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po przystąpieniu Uczestnika do umowy ubezpieczenia lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie głównej o niniejsze poważne zachorowanie,
    c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
    d) 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) Uczestnik nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilię.

    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** – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym – w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia – skutkujące wykonaniem w trybie nagłym zabiegu embolektomii (czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej) przy otwartej klatce piersiowej. 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:

    a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,

    b) 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 postacie 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:

a) 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,

b) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,

c) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,

d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadawalającego poziomu higieny osobistej,

e) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/SNW/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

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

    1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;

    2) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;

    3) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą 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 w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego; Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;

    4) **Śmierć Uczestnika Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć Uczestnika będąca następstwem odpowiednio Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Wypadku Komunikacyjnego jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty tego zdarzenia;

    5) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

    6) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;

    7) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

    8) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dodatkowo w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o:

    1) Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy;

    2) Śmierć wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

    Niniejsza Umowa Dodatkowa przewiduje możliwość ustalenia odrębnych wysokości Sum Ubezpieczenia dla każdego z powyższych zdarzeń.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, w zależności od wybranego wariantu Umowy Dodatkowej udzielana w ramach Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wskutek:

    1) Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Dodatkowej; albo

2) Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i Sumie Ubezpieczenia z tytułu Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, wskazanych w Umowie Dodatkowej; albo

3) Wypadku Komunikacyjnego – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanych w Umowie Dodatkowej; albo

4) zdarzenia spełniającego łącznie wszystkie warunki wskazane w § 1 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy i Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego, wskazanych w Umowie Dodatkowej.

3. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

4. W przypadku gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

1) śmierci Uczestnika;

2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;

3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;

4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;

5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

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, postanowienia § 2 ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy lub Wypadek Komunikacyjny lub Śmierć Uczestnika wskutek tych zdarzeń nastąpi:

1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;

2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;

3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;

4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;

5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
OBOWIĄZKI

O Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się odpowiednio wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy pracy lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci wskutek Wypadku Komunikacyjnego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy, Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego lub zdarzenia spełniającego łącznie wszystkie warunki wskazane w § 1 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 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 i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości

Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU POWODUJĄCEGO TRWAŁE UBYTKI NEUROLOGICZNE NR PGO/ZZU/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   2) **Śmierć Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne** – śmierć Uczestnika będąca następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, jeżeli nastąpiła w ciągu trzydziestu dni od daty odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne oraz w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne został nazwany pierwotną (wyjściową) albo bezpośrednią przyczyną zgonu;
   3) **Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne** – 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:
      a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
      b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
      c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu Powodującym Trwałe Ubytki Neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji;
   4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   5) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   6) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:
      a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;
      b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszej definicji;
   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 niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Śmierć Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, wskazanej w Umowie Dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu

Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
   1) Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności składki, następujący po upływie trzech miesięcy następujących po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

   przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
4. Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.
5. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
   1) śmierci Uczestnika;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zawał Serca, Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne lub Śmierć Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nastąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) jako skutek stanów chorobowych rozpoznanych lub leczonych u Uczestnika w okresie pięciu lat przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, do której przystępuje po raz pierwszy.
2. Ponadto świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo w przypadku wystąpienia u Uczestnika w okresie pięciu lat liczonych od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej zawartej po raz pierwszy:
   1) Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne – jeżeli w okresie przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
   2) Zawału Serca – jeżeli w okresie przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej rozpoznano u Uczestnika chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
3. Świadczenie z tytułu Śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nie zostanie wypłacone, jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną śmierci był Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru

Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.

2. Rozpoznanie Zawału Serca jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
3. Rozpoznanie Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne 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 i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/TIN/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **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;
   3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
   4) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   5) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   6) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
      a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest powstanie Kalectwa 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 Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonemu zgodnie z poniższą tabelą:

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

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,

2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,

3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytym, 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 wiązadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo- wiązadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

3. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu akceptacji z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Uczestnika ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

4. W razie gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

7. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w wysokości niższej niż wskazana w Umowie Dodatkowej Suma Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przez pozostały czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Sumę Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stanowiła będzie procentowo określona część Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Umowie Dodatkowej pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
   1) zajścia ostatniego ze Zdarzeń Ubezpieczeniowych skutkujących 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

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, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
OBOWIĄZKI

O powstaniu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe 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 Uczestnika 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. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU POWODUJĄCEGO TRWAŁE UBYTKI NEUROLOGICZNE NR PGO/TUK/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   2) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
   3) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne;
   4) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części ciała oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od Nieszczęśliwego Wypadku; w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
   5) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu, będące następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne; w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
   6) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
      a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
      b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
      c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji;
   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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   9) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:
      a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;
      b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszej definicji;
   10) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
      a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub

zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a także Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne jeśli takie zdarzenie jest objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej.
2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Nr wariantu	Zakres Ubezpieczenia w wariancie
I	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia
II	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia
III	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia i Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne
IV	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia i Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne

3. Umowa Dodatkowa, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu, umożliwia określenie wysokości następujących Sum Ubezpieczenia:
   1) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia;
   2) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia;
   3) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne.
4. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej, świadczenie ubezpieczeniowe należne z jej tytułu obliczane jest następująco:
   1) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   2) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia, określonej procentowo wysokości doznanego przez Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i wynosi odpowiednio:
      a) 1 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie większego niż 25%;
      b) 1,5 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 25% do 45%;
      c) 2 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 45% do 65%;
      d) 3 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 65% do 85%;
      e) 4 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 85% do 100%;
   3) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne.
   4) w przypadku gdy wyrażona procentowo suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, obliczona niezależnie dla każdej z metod opisanych w pkt 1)-3), z których należne było lub jest świadczenie z niniejszej Umowy Dodatkowej, przekracza sto procent to świadczenie z tytułu kolejnych Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, obliczanych daną metodą, wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób opisany w pkt 1)-3)
   5) w przypadku wariantów III i IV wskazanych w ust. 2, świadczenie ubezpieczeniowe jest sumą świadczeń wyliczonych odpowiednimi metodami opisanymi w pkt 1)-3) powyżej.
5. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznych Limitów Akceptacji ulegają również wysokości Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
6. W przypadku, gdy wysokości Sum Ubezpieczenia, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi, przekraczają Automatyczne Limity Akceptacji odpowiednie dla Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, sumy te mogą zostać ograniczone zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
7. Jeżeli wysokość przysługujących Uczestnikowi Sum Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznych Limitów Akceptacji bądź wysokości ustalonych przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 6.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
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, postanowienia § 2 ust. 5-7 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Uczestnikowi z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku lub jednego Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent odpowiedniej z Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli Uczestnik zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego największej z wartości, którymi są: Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Uczestnika, świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczone metodą proporcjonalną albo dla wariantu I, świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczone metodą progresywną dla wariantu II oraz świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, na podstawie posiadanej dokumentacji dotyczącej przebiegu leczenia.
4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Zawał Serca lub Udar Mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne lub Trwały Uszczerbek na zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne powstanie:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.
5. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem pierwszej Umowy Dodatkowej, jeżeli przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca.
6. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone, jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne był odpowiednio Zawał Serca lub Udar Mózgu.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O powstaniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokości Sum Ubezpieczenia, o których mowa w § 2 ust. 3, obowiązujących w dniu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne wypłacane są 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.
4. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, 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 i rehabilitacji 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 i rehabilitacji Uczestnika. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Uczestnika oraz ustaleń lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo.
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 na Zdrowiu 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 na Zdrowiu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, a wysokością Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.

7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienia Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo na wniosek Uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO I REKONWALESCENCJI NR PGO/LSR/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – dodatkowe zdarzenie będące przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa polegające na odbyciu przez Uczestnika Rekonwalescencji po Leczeniu Szpitalnym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   3) **Leczenie Szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia, z wyłączeniem:
      a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;

      oraz

      b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, 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 za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;
   4) **Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem:
      a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;

      oraz

      b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, 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 za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;
   5) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
   6) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Uczestnika pracy na rzecz Ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest Małżonek albo Partner Uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego. Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
   7) **Oddział Intensywnej Terapii (OIT) / Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – 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;
   8) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie co najmniej 14 (czternaście) dni pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym po zakończeniu, trwającego co najmniej 14 dni i będącego przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa, Leczenia Szpitalnego Uczestnika przez Szpital, w którym odbywało się to leczenie;
   9) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych 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;
   10) **Tabela Leczeń Szpitalnych** – tabela zawierająca wykaz współczynników używanych do wyliczenia świadczenia ubezpieczeniowego;
   11) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
      a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;

b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;

c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych;

12) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

13) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;

14) **Wypadek Komunikacyjny przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Uczestnika pracy na rzecz Ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika u Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego, a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest Małżonek albo Partner Uczestnika – w związku ze świadczeniem przez tę osobę pracy na podstawie istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego. Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;

15) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

16) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,

b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych;

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;

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Leczenie Szpitalne Uczestnika, jakie rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.

2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Nr wariantu	Zakres Ubezpieczenia w wariancie
I	Leczenie szpitalne Uczestnika – z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia
II	Leczenie Szpitalne Uczestnika – z progresywną metodą określania wysokości świadczenia
III	Leczenie szpitalne Uczestnika – z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia i Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
IV	Leczenie Szpitalne Uczestnika – z progresywną metodą określania wysokości świadczenia i Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

3. Na wniosek Ubezpieczającego, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe jakim jest Rekonwalescencja Uczestnika.

4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa zależy od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy Dodatkowej i polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

1) w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego opisanego w ust. 1 – świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą zależną od wybranego wariantu Umowy:

a) w Wariancie I – metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 1);

b) w Wariancie II – metodą progresywną, opisaną w ust. 6 pkt 2);

c) w Wariancie III – świadczenia obliczonego metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 1) oraz w przypadku gdy Leczenie Szpitalne było skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą opisaną w ust. 6 pkt 3);

d) w Wariancie IV – świadczenia obliczonego metodą progresywną, opisaną w ust. 6 pkt 2) oraz w przypadku gdy Leczenie Szpitalne było skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą opisaną w ust. 6 pkt 3);

2) w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego opisanego w ust. 3 – dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 4).

5. Umowa Dodatkowa w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu umożliwia niezależne określenie wysokości następujących Sum Ubezpieczenia:
   1) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika;
   2) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Uczestnika.
6. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy Dodatkowej, świadczenie ubezpieczeniowe należne z jej tytułu obliczane jest następująco:
   1) metoda proporcjonalna – świadczenie ubezpieczeniowe jest zróżnicowane w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego i obliczane jest jako iloczyn liczby dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika i odpowiednich współczynników zawartych w poz. 1-7 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych (kolumna „metoda proporcjonalna", przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego;
   2) metoda progresywna – świadczenie ubezpieczeniowe jest zróżnicowane w zależności od przyczyny oraz czasu trwania Leczenia Szpitalnego i obliczane jest jako iloczyn liczby dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika i odpowiednich współczynników zawartych w poz. 1-7 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych (kolumna „metoda progresywna"), przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego.

   W przypadku, gdy w trakcie pobytu w Szpitalu Uczestnik przebywał na OIT/OIOM przez okres co najmniej dwudziestu czterech godzin, Towarzystwo 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/OIOM, w danym roku ubezpieczenia;
   3) Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi odpowiedniego współczynnika wymienionego w poz. 9-10 części II Tabeli Leczeń Szpitalnych, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz liczby dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego;
   4) Rekonwalescencja Uczestnika – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi współczynnika wymienionego w poz. 11 części III Tabeli Leczeń Szpitalnych, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Uczestnika oraz liczby dni Rekonwalescencji przypadających na okres ubezpieczenia, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji.

Tabela Leczeń Szpitalnych

CZĘŚĆ I – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 4 dni, Leczenia Szpitalnego Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia					
Czas leczenia	Lp.	metoda proporcjonalna	% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego	metoda progresywna	% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	1	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	1,00%	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	2,00%
	2			Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy	2,50%
	3			Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym	2,50%
	4			Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy	3,00%
	5			Leczenie Szpitalne spowodowane zaistniałym w okresie ubezpieczenia Zawałem Serca lub Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne	1,50%
	6	Leczenie Szpitalne spowodowane inną przyczyną niż wymieniona w pozycji 1	0,60%	Leczenie Szpitalne spowodowane inną przyczyną niż wymienione w pozycjach 1-5	0,60%
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	7	Za każdy dzień Leczenia Szpitalnego, bez względu na przyczynę	0,50%	Za każdy dzień Leczenia Szpitalnego, bez względu na przyczynę	0,50%
	8			Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku co najmniej 24-godzinnego pobytu w trakcie Leczenia Szpitalnego na OIT/OIOM	10,00%
CZĘŚĆ II – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 4 dni, Leczenia Szpitalnego Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia, spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem					
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	9	1,00% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku			
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	10	0,50% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku			
CZĘŚĆ III – OCHRONA Z TYTUŁU REKONWALESCENCJI					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającej co najmniej 14 dni Rekonwalescencji, po trwającym co najmniej 14 dni Leczeniu Szpitalnym, przypadającej na okres ubezpieczenia					
	11	1,00% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Uczestnika			

7. Z zastrzeżeniem ust.10, jeżeli Leczenie Szpitalne Uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Umowy Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

8. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
   1) Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia,
   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała,

   przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, 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. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

9. Postanowień ust. 8 pkt 2) nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.

10. 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 dla danej metody, wymienionych w poz. 1-6 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych odpowiadającego jednej z przyczyn leczenia.

11. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Wypadku Komunikacyjnego, Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy, Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, 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.

12. W przypadku, gdy wysokość Sum Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika, Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencji Uczestnika, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałyby danemu Uczestnikowi przekraczają Automatyczne Limity Akceptacji, sumy te mogą zostać ograniczone zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

13. W przypadku, gdy wysokość Sum Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Uczestnika, Leczenia Szpitalnego Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencji Uczestnika są uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznych Limitów Akceptacji bądź wysokości ustalonych przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 12.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

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) uznania roszczenia o wypłatę świadczenia uzupełniającego kwotę sumy wcześniej wypłaconych świadczeń do 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego;
   4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej przysługująca Uczestnikowi w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Uczestnika będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a postanowienia § 2 ust. 12-13 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Uczestnika lub Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;
   7) 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;
   8) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Uczestnika.

2. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nie zostało uznane za należne świadczenie dotyczące

Leczenia Szpitalnego Uczestnika bezpośrednio poprzedzającego Rekonwalescencję.

3. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Rekonwalescencja miała miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
4. W przypadku, gdy w trakcie Rekonwalescencji nastąpi ponowne Leczenie Szpitalne Uczestnika, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego.
5. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi śmierć Uczestnika.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

1. O przebytym Leczeniu Szpitalnym Uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Leczenia Szpitalnego.
2. O przebytej Rekonwalescencji Uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Leczenia Szpitalnego.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu Leczenia Szpitalnego lub Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uwzględnia się odpowiednio wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązujące w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w Tabeli Leczeń Szpitalnych współczynników procentowych.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Rekonwalescencji uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji obowiązującej w dniu rozpoczęcia Rekonwalescencji Uczestnika, przy zastosowaniu wskazanego w poz. 11 części III Tabeli Leczeń Szpitalnych współczynnika procentowego.
3. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 11, przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Uczestnika spowodowanego tą samą przyczyną.
4. Świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego (poz. 1-8 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych) i Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (poz. 9-10 części II Tabeli Leczeń Szpitalnych), wypłacane są Uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.
5. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji wypłacane jest Uczestnikowi, nie wcześniej niż po jej zakończeniu.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji 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. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE" I REHABILITACJI UCZESTNIKA NR PGO/HCR/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym, przeprowadzonym na rzecz Uczestnika, wskazane w części 3. Wykazu stanowiącego Załącznik nr 1 do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej; wyróżnia się Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenia) typu 1 i typu 2;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   3) **Leczenie Szpitalne (Hospitalizacja)** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości 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 połogiem 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;
   4) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
      a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
      b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
      c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
   5) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
   6) **Ośrodek Rehabilitacji** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią

infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „ośrodek rehabilitacji" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień; Ośrodkiem Rehabilitacji może być szpitalny oddział rehabilitacyjny (odział rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej, kardiologicznej);

7) **Rehabilitacja (Leczenie Rehabilitacyjne)** – proces przeprowadzony po Leczeniu Szpitalnym związanym: z Zawałem Serca lub operacją serca (rehabilitacja kardiologiczna), albo z Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne (rehabilitacja neurologiczna), albo z uszkodzeniem narządu ruchu wskutek wypadku (rehabilitacja ortopedyczna), na podstawie lekarskiego skierowania, stanowiący integralną część Leczenia Szpitalnego, który ma na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub wypadku oraz przywrócenie Uczestnika do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzony w Ośrodku Rehabilitacyjnym, w wymaganym okresie licząc od daty zakończenia Hospitalizacji, której jest dopełnieniem;

8) **Rok Ubezpieczenia** – roczny okres rozpoczynający się w dniu wymagalności pierwszej Składki z tytułu zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia lub w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą wymagalności, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, jest dzień 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpie¬czenia rozpoczynają się ostatniego dnia miesiąca lutego;

9) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Uczestnika. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych 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;

10) **Świadczenie Ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;

11) **Świadczenie Lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;

12) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

    a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;

    b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;

    c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji

13) **Uzupełniające Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – Rehabilitacja Uczestnika;

14) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

15) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego

16) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

    a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;

    b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszej definicji

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** – operacyjne, zabiegowe lub zachowawcze postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Uczestnika lub Rehabilitacja Uczestnika przeprowadzona w związku z chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem.

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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.
ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest:

    1) w wariancie I – operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Uczestnika rozpoczętej w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, zastosowane do określonej choroby lub urazu Uczestnika będących przyczyną Hospitalizacji Uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach tego wariantu ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, ochroną ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;

    2) w wariancie II – 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 będących przyczyną Hospitalizacji Uczestnika lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w tego wariantu ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świad-

czeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;

3) Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe typu 2, o które może zostać rozszerzony wariant II.

2. Na wniosek Ubezpieczającego zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o Uzupełniające Zdarzenie Ubezpieczeniowe jakim jest spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem Rehabilitacja Uczestnika, zlecona przez lekarza, rozpoczęta podczas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, nie później niż w okresie 180 (stu osiemdziesięciu) dni po zakończeniu Leczenia Szpitalnego.

§ 3.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA Z TYTUŁU PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWNIA MEDYCZNEGO

1. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa w razie zajścia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, określonego w § 2 ust. 1 Zdarzenia Ubezpieczeniowego – do zapłaty 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.
2. Suma Ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 1 jest równa Sumie Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł. Suma Ubezpieczenia z tytułu Dodatkowych Zdarzeń Ubezpieczeniowych typu 2 określona jest niezależnie od Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, a jej wysokość podana jest w Polisie.
3. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana Uczestnikowi, który w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 62 lata oraz przystępuje w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności Składki następujący po upływie trzech miesięcy od dnia, w którym Uczestnik spełnił wskazane w Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, zostaje ograniczona do postępowań medycznych odrębnie wskazanych w wykazie stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych.
4. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również Świadczenie Ryczałtowe lub Świadczenie Lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe, przy czym wypłata Świadczenia Lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje takie zdarzenia.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego Uczestnik może otrzymać co najwyżej po jednym Świadczeniu Ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia Ubezpieczeniowego oraz jedno Świadczenie Lekowe.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Uczestnika w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej Umowy Dodatkowej, 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 postanowień ust. 7 niniejszego paragrafu. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantów umowy, o których mowa w § 2 ust. 1. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
7. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach Hospitalizacji Uczestnika rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa, na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia o Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 2, Świadczenie Lekowe nie zostanie wypłacone, za wyjątkiem takich postępowań medycznych, które w tym okresie przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
8. 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.
9. Z zastrzeżeniem ust. 10, 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.
10. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 9 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
11. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 9 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 10 zostały określone w wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.
12. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 9 i 10, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz Uczestnika, które przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
13. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
14. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
15. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest do wysokości Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 14.

§ 4.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA Z TYTUŁU REHABILITACJI

1. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa w razie zajścia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, Uzupełniającego Zdarzenia Ubezpieczeniowego – do pokrycia kosztów Rehabilitacji do wysokości określonej zgodnie z zasadami wskazanymi w § 9, o ile Rehabilitacja była poprzedzona Leczeniem Szpitalnym, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie".
2. Przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa jest Leczenie Rehabilitacyjne przeprowadzone w okresie nie dłuższym niż 90 (dziewięćdziesiąt) dni, licząc od daty jego rozpoczęcia.
3. Począwszy od Rocznicy Głównej Umowy Ubezpieczenia następującej po ukończeniu przez Uczestnika (sześćdziesiątego drugiego) 62 roku życia przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa jest jedynie Rehabilitacja ortopedyczna.
4. Za zgodą Towarzystwa i pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, zakres Umowy Dodatkowej może zostać rozszerzony o zwrot kosztów wizyt u lekarza, kosztu zdjęć RTG, kosztu badania USG i innych badań niezbędnych w procesie Leczenia Rehabilitacyjnego, z zachowaniem zasad wskazanych w § 9.
5. W okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli rozpoczęta w tym okresie Rehabilitacja jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku (Rehabilitacja ortopedyczna). Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Rehabilitacyjne Uczestnika, odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest koszt poniesiony w związku z tymi Rehabilitacjami obliczony z zastosowaniem zasad, o których mowa w § 9.
7. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:

   1) Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia,

   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała,

przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa, w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku przeprowadzenia Leczenia Rehabilitacyjnego Uczestnika będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

8. Postanowień ust. 7 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż 100 (sto) osób.

9. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Rehabilitacji Uczestnika ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia w ramach Umowy Dodatkowej.

10. W przypadku, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Rehabilitacji Uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

11. Jeżeli wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 9.

§ 5.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku przeprowadzenia postepowania medycznego będącego skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku oraz wymaganej w związku z wypadkiem Rehabilitacji ortopedycznej, a postanowienia § 3 ust. 13 – 15 i § 4 ust. 9 – 11 stosuje się odpowiednio.

5. Jeżeli Uczestnik, o którym mowa w ust. 4. niniejszego paragrafu, w dacie wznowienia udzielania przez Towarzystwo Ochrony Ubezpieczeniowej, ma ukończone 62 lata, zbiór postepowań medycznych stanowiący zakres Ochrony Ubezpieczeniowej zostaje ograniczony do postępowań medycznych odrębnie wskazanych w Wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych Warunków Ogólnych oraz do Rehabilitacji ortopedycznej.

§ 6.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstanie:
   1) 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;
   2) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
   4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   7) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;
   8) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;
   9) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Uczestnika.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia postępowania medycznego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli:
   1) Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z Nieprawidłowościami Zdrowotnymi. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Umów Dodatkowych tego rodzaju Uczestnik w związku z daną chorobą lub urazem nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków, jak również nie oczekiwał na jakiekolwiek postępowanie medyczne związane z tą chorobą lub urazem,
   2) Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane chorobą Uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną Uczestnika lub chorobą wywołaną u Uczestnika bezpośrednio lub pośrednio przez HIV.

3. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji nie zostanie wypłacone, jeżeli Rehabilitacja została przeprowadzona w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem Umowy Dodatkowej i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku wymagającego Rehabilitacji neurologicznej Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,

2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku wymagającego Rehabilitacji kardiologicznej Zawału serca,

3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku wymagającej Rehabilitacji kardiologicznej operacji serca.

4. Warunkiem uzyskania świadczenia z tytułu Rehabilitacji spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem jest zaistnienie tego wypadku po dacie początku okresu udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej.

5. Koszty Rehabilitacji nie zostaną pokryte w przypadku powtórnego wystąpienia choroby lub powtórnego uszkodzenia wcześniej uszkodzonej kości/struktury kostnej, które były powodem przeprowadzenia procesu Rehabilitacji w przeszłości, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z którejkolwiek Umowy Dodatkowej tego rodzaju, jeżeli za tę Rehabilitację wypłacono świadczenie.

§ 7.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 8.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU PRZEPROWADZENIA POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO

1. W Umowie Dodatkowej, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu Umowy Dodatkowej, zostają określone wysokości następujących Sum Ubezpieczenia:

   1) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego;

   2) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji;

2. Sumy Ubezpieczenia mogą być określone jako stałe kwoty lub być uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika.

3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji, obowiązującej w dniu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.

4. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Uczestnika, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.

5. Jeżeli Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego 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.

6. 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.

7. Świadczenie z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wypłacane jest Uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji.

8. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

9. 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.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA REHABILITACYJNEGO

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji obowiązującej w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji Uczestnika.

2. W przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 6, przy ustalaniu wysokości świadczeń związanych z odbytą Rehabilitacją uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji obowiązującej w dniu rozpoczęcia przez Uczestnika Rehabilitacji zaordynowanej jako kontynuacja Leczenia Szpitalnego określonej choroby lub skutków wypadku.

3. W Umowie Dodatkowej obowiązują:

   1) roczny limit wypłat świadczeń do wykorzystania w każdym Roku Ubezpieczenia równy Sumie Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji,

   2) maksymalna część Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji, możliwa do wykorzystania wskutek jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego równa 40% (czterdziestu procentom) Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 powyżej,

   3) maksymalna liczba zdarzeń, po zajściu których kolejna Rehabilitacja nie może być rozliczona z Umowy Dodatkowej, równa 3 (trzem) zdarzeniom w każdym Roku Ubezpieczenia.

4. Z zastrzeżeniem § 4 ust. 3, świadczenie z tytułu Rehabilitacji zostanie wypłacone Uczestnikowi o ile:

   1) Rehabilitacja wymagała poniesienia przez Uczestnika kosztu, który został udokumentowany wystawieniem Uczestnikowi imiennego rachunku lub faktury oraz oryginał lub poświadczona kopia tego rachunku został dostarczony Towarzystwu;

   2) różnica pomiędzy rocznym limitem wypłat świadczeń i sumą uznanych świadczeń z Umowy Dodatkowej jest dodatnia;

   3) nie został przekroczony żaden z limitów, o których mowa w ust. 3 pkt 2) i 3).

5. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji wypłacane jest Uczestnikowi, po zakończeniu Rehabilitacji. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji może zostać wypłacone przed zakończeniem Rehabilitacji, jeśli kwota zgromadzonych rachunków przekracza kwotę rocznego limitu wypłat świadczeń albo części Sumy Ubezpieczenia możliwej do wykorzystania wskutek jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

6. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poprzedzających, koszty Rehabilitacji ortopedycznej zostaną pokryte przez Towarzystwo wyłącznie w 50% (pięćdziesięciu procentach) w przypadku, gdy uszkodzona kość/struktura była przed Nieszczęśliwym Wypadkiem osłabiona przez proces zwyrodnieniowy.

7. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Rehabilitacji 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. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 10.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WYKAZ NR 1/2018

ZAŁĄCZNIK NR 1 do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE" I REHABILITACJI UCZESTNIKA NR PGO/HCR/2018/1 oraz do OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA UCZESTNIKA „ZDROWE ŻYCIE" NR PGO/HBM/2018/1

Część 1						
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	–	✓	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	–	✓	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	–	✓	–
5	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	✓	✓	–
6	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓	–
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓	–
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	–	✓	✓
9	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	–	✓	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	–	✓	–
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	–	✓	–
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓	–
14	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
15	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
16	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
17	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓	✓
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	–	✓	✓
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	–	✓	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	–	✓	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓	✓
35	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miażdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓	–
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓	✓

37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	–	✓	–
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	–	✓	–
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	–	✓	–
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	–	✓	–
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	–	✓	–

CHOROBY NARZĄDU WZROKU						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%	✓	✓	✓
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%	–	✓	✓
47	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	✓	✓	–
48	5 lat/5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%	✓	✓	–
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	✓	✓	✓
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	–	✓	✓
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	–	✓	✓
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	–	✓	✓
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%	✓	✓	✓
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
58	5 lat	Jaskra leczona zachowawczo	4%	–	✓	✓
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	✓	✓	✓
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%	✓	✓	✓
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	✓	✓	✓
64	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
65	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
67	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%	✓	✓	✓
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 odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
69	nie dotyczy	Uraz nosa leczony zachowawczo	1%	–	✓	✓
70	5 lat	Krwawienie z nosa leczone metodą zabiegową (z wyłączeniem polipa i urazu nosa)	2%	✓	✓	✓
71	nie dotyczy	Uraz nosa leczony operacyjnie	3%	✓	✓	✓
72	5 lat	Przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
73	5 lat	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓

74	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
75	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębenkowej	3%	✓	✓	✓
76	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
77	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
78	5 lat/5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
79	5 lat	Choroba dziąsła, przyzębia leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
80	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej i liszaja płaskiego)	3%	–	✓	✓
81	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%	✓	✓	✓
82	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%	✓	✓	✓
83	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%	✓	✓	✓
84	5 lat	Choroba gardła lub krtani leczona zachowawczo	3%	–	✓	✓
85	5 lat	Zapalenie nagłośni leczone zachowawczo	9%	–	✓	✓
86	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%	✓	✓	✓
87	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%	✓	✓	✓
88	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
89	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%	✓	✓	✓
90	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony zachowawczo	3%	–	✓	✓
91	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
92	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%	✓	✓	✓
93	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%	✓	✓	✓
94	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%	✓	✓	✓
95	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
96	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
97	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%	–	✓	✓
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%	–	✓	✓
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	–	✓	✓
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%	–	✓	–
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%	–	✓	–
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	✓	✓	–
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%	–	✓	–
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	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	–	✓	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	–	✓	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	–	✓	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	–	✓	✓
122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	–	✓	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%	–	✓	✓
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	–	✓	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	–	✓	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓	–
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓	–
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓	–
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓	–
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%	✓	✓	–
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓	–
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%	✓	✓	–

154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓	–
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	–	✓	–
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓	–
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową 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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%	✓	✓	✓
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%	✓	✓	✓
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej 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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%	✓	✓	✓
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową 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%	✓	✓	–
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 odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	–	✓	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	–	✓	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żylaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓

186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓	✓
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjne (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	–	✓	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	–	✓	✓
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%	✓	✓	✓
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%	✓	✓	✓
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%	✓	✓	✓
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%	✓	✓	✓
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%	✓	✓	✓
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%	–	✓	✓
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%	–	✓	✓
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%	✓	✓	✓
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%	✓	✓	✓
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%	✓	✓	✓
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%	✓	✓	✓
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%	–	✓	✓

221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%	✓	✓	✓
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%	✓	✓	✓
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	–	✓	✓
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	✓	✓	✓
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%	–	✓	✓
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	–	✓	–
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	–	✓	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	–	✓	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓	✓
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	–	✓	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	–	✓	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	–	✓	✓
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 kręgów)	10%	✓	✓	–
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	–
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	–
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	–	✓	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	–	✓	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓

300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓	✓
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓	✓
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	–	✓	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	–	✓	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	–	✓	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	–	✓	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	–	✓	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	–	✓	✓
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓	–
312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona 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 leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	–
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	–	✓	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%	✓	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%	✓	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%	✓	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%	✓	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%	✓	✓	✓
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓	✓
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	–	✓	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%	–	✓	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%	✓	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓	✓

CHOROBY SKÓRY						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
334	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%	✓	✓	✓
335	5 lat	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	–	✓	✓
336	5 lat	Choroba ropna skóry, choroba wirusowa skóry, choroba pęcherzowa skóry leczone zachowawczo oraz zabiegowo	4%	–	✓	✓

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

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
353	5 lat	Cukrzyca leczona zachowawczo (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych)	7%	–	✓	✓
354	5 lat	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%	–	✓	✓
355	5 lat	Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
356	5 lat	Choroba tarczycy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
357	5 lat	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%	✓	✓	✓
358	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	23%	✓	✓	✓
359	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	15%	✓	✓	✓
360	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	–	✓	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	–	✓	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	–	✓	✓
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	–	✓	–
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodnego	10%	✓	✓	✓

372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	–	✓	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓	✓

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
383	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub prącia leczone zachowawczo (z wyłączeniem przepukliny mosznowej lub chorób przenoszonych drogą płciową)	3%	–	✓	✓
384	5 lat	Zapalenie gruczołu krokowego leczone zachowawczo	5%	–	✓	✓
385	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
386	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
387	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
388	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%	✓	✓	✓
389	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓	✓
390	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i 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 odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%	–	✓	✓
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%	✓	✓	✓

401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%	✓	✓	✓
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%	✓	✓	✓
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%	✓	✓	✓
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%	–	✓	✓
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
407	5 lat/5 lat	Torbiel/nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
408	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
409	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%	✓	✓	✓
410	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
411	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
412	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%	–	✓	✓
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓	✓

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

TRAUMATOLOGIA						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/II stopnia leczone zachowawczo	6%	–	✓	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone zachowawczo	11%	–	✓	✓

430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓	✓
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%	✓	✓	✓
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnieniem/wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%	–	✓	✓
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%	✓	✓	✓
438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	–	✓	✓
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 odpowie-dzialności	Zdarzenia Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
445	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	–
446	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	–
447	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	–
448	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	–

5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne

5 lat/18 mies. – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną

5 lat/5 lat – pięć lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa – po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego – na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne, dotyczące narządów położonych symetrycznie (liczonych odrębnie dla lewego i prawego narządu).

Część 3						
Nr poz.	Typ dodatkowego zdarzenia	Dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa	Zakres świadczeń		pozycje dla wieku 62+[1]
				Wariant I	Wariant II	
449	typ 1	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%	✓	✓	✓
450	typ 1	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%	✓	✓	–
451	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%	–	✓	✓
452	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%	–	✓	✓
453	typ 2	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%	–	✓	✓
		Zakwalifikowanie ubezpieczonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia do onko-logicznego programu zdrowotnego albo programu chemioterapii niestandardowej[2]	100%	–	✓	✓

[1] dotyczy osób, o których mowa w § 3 ust. 3 i § 5 ust. 6 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie" i Rehabilitacji Uczestnika PGO/HCR/2018/1, jak również ubezpieczonych współmałżonków takich uczestników, o których mowa w § 2. ust. 4 i 5 oraz § 3 ust. 5 Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia świadczenia szpitalnego Małżonka Uczestnika „Zdrowe Życie" PGO/HBM/2018/1

[2] świadczenie to nie jest należne jeżeli Towarzystwo wypłaciło ubezpieczonemu takie świadczenie w ramach którejkolwiek Umowy Dodatkowej świadczenia szpitalnego.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY „RAKASSISTANCE" NR PGO/PNR/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Cykl Chemioterapii lub Radioterapii** – przeprowadzany podczas Hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym, okres podawania leku lub stosowania napromieniowania spowalniającego proces nowotworowy, stanowiący podstawowy element programu leczenia Nowotworu Złośliwego, w ramach którego to programu następuje osobnicze dopasowanie do potrzeb chorego rodzaju leków cytostatycznych/ sposobu napromieniowania, drogi podania leków, rodzaju napromieniowania, ich dawek, liczby Cykli oraz długości przerwy pomiędzy kolejnymi Cyklami;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt Uczestnika w Szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Uczestnik przebywał w Szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem Hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze Szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja;
   4) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
      a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
      b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
      c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
   5) **Nowotwór Złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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. 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 Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
      b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
      c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
      d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
      e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
   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 Warunków Ogólnych nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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. Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi objętymi Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej są zaistniałe w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, wynikającej z niniejszej Umowy Dodatkowej: rozpoznanie u Uczestnika Nowotworu Złośliwego, przeprowadzenie w stosunku do Uczestnika postępowania terapeutycznego związanego z Nowotworem Złośliwym, wystąpienie u Uczestnika negatywnych skutków Nowotworu Złośliwego (utrata włosów), a także konieczność zakończenia przez Uczestnika pracy zawodowej spowodowana Nowotworem Złośliwym. Szczegółowy opis Zdarzeń Ubezpieczeniowych zawiera Tabela 1.
2. Dniem zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego u Uczestnika jest dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego to wyniku nastąpiło rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę, zgodnie z definicją Nowotworu Złośliwego, określoną w § 1 ust. 1 pkt 5.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości podanej w Tabeli 1, w przypadku zajścia któregokolwiek ze Zdarzeń Ubezpieczeniowych wymienionych w ust. 1.
4. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
5. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
6. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do właściwego Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 5.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, to przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień

przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Świadczenie z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu („progresja") i wynosi: 10% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 3 od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 3 od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 3 od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot którymi są Automatyczny Limit Akceptacji oraz kwota 100 000 (sto tysięcy) zł; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia wyliczonego zgodnie z § 2 ust. 3. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

4. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
   1) Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała,

   przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia. Po upływie okresu wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa za Zdarzenie Ubezpieczeniowe podstawą naliczania wysokości należnych świadczeń jest kwota równa 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy, a wysokość należnego świadczenia wskazana jest w Tabeli 1.

5. Postanowień ust. 4 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż 100 (sto) osób.

6. 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

7. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 6 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia wznowienia oferowanej Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. Przy wypłacie świadczeń należnych z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych po dniu wznowienia Ochrony Ubezpieczeniowej, brane są pod uwagę wypłaty dokonane przed wygaśnięciem Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane Nieprawidłowościami Zdrowotnymi.

2. Świadczenie z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nowotwór Złośliwy wystąpi u Uczestnika:
   1) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mającym potwierdzenie w dokumentacji medycznej;
   2) jako skutek chorób rozpoznanych lub leczonych u Uczestnika w okresie pięciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, do której przystępuje po raz pierwszy.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
OBOWIĄZKI

O postawieniu diagnozy Nowotworu Złośliwego u uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Szczegółowy opis Zdarzeń Ubezpieczeniowych wraz z odpowiadającymi im wysokościami świadczeń ubezpieczeniowych, określonymi w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy, podano w Tabeli 1, poniżej.

TABELA 1

Lp.	Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia wyrażona w zł albo w% Sumy Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy
1.	Zdiagnozowanie Nowotworu Złośliwego na podstawie wyniku badania histopatologicznego	15%
2.	Każdy dzień Hospitalizacji związanej z leczeniem Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy postawiona diagnoza, o której mowa w pkt 1 niniejszej Tabeli	1% za każdy dzień Hospitalizacji od 1 do 15 dnia 0,3% za każdy dzień Hospitalizacji od 16 do 90 dnia przy czym każda kolejna Hospitalizacja Uczestnika będzie przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa, o ile liczba dni Hospitalizacji poprzedzających ją i zakończonych w danym okresie ubezpieczenia nie przekroczy liczby 90.
3.	Każdy odbyty Cykl Chemioterapii związanej z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczą zdarzenia wymienione powyżej	5% za każdy Cykl Chemioterapii, nie więcej niż 5 Cykli w okresie ubezpieczenia
4.	Każdy odbyty Cykl Radioterapii związanej z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczą zdarzenia wymienione powyżej	5% za każdy Cykl Radioterapii, nie więcej niż 5 Cykli w okresie ubezpieczenia
5.	Zakup peruki związany z utratą włosów w przebiegu leczenia Nowotworu Złośliwego, o którym mowa powyżej	6%, nie więcej niż 5 000 zł
6.	Rozwiązanie stosunku pracy spowodowane Nowotworem Złośliwym, którego dotyczą wypłacone świadczenia	Iloczyn Sumy Ubezpieczenia obowiązującej w dniu postawienia diagnozy i liczby procentów Sumy Ubezpieczenia pozostałych po odjęciu od 100% (stu procent) zsumowanych procentów wypłaconych w związku z innymi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi wynikającymi z Umowy Dodatkowej, ale nie mniej niż 60% tej Sumy Ubezpieczenia

2. Z zastrzeżeniem §3 ust. 3 („progresja"), podstawą naliczania świadczeń należnych z Umowy Dodatkowej jest Suma Ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór Złośliwy obowiązująca w dniu zdiagnozowania Nowotworu Złośliwego.

3. Dokumentację potwierdzającą przeprowadzenie postępowań medycznych wskazanych w § 2 ust. 1 stanowią:
   1) wynik badania histopatologicznego potwierdzony przez lekarza specjalistę;
   2) karta informacyjna Leczenia Szpitalnego;

3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami uczestnika w szpitalu;
4) dokument potwierdzający odbycie Cyklu Chemioterapii lub Radioterapii;
5) kserokopia zlecenia na perukę wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz imienny rachunek potwierdzający zakup peruki;
6) zaświadczenie o wyczerpaniu zasiłku chorobowego i rozwiązaniu umowy o pracę (przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub rentowego) w związku ze zdiagnozowanym Nowotworem Złośliwym;
7) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.

4. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej wypłacane jest Uczestnikowi; w przypadku Hospitalizacji, Cyklu Chemioterapii lub Radioterapii nie wcześniej niż po zakończeniu odpowiednich postepowań medycznych.
5. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Jeżeli Uczestnik odmówi wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO NR PGO/PKN/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Hospitalizacja (Leczenie Szpitalne)** – 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;
   3) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Uczestnika:
      a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
      b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
      c) powodowała wystąpienie u Uczestnika objawów (bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
   4) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika;
   5) **Poważny Stan Chorobowy** – kardiologiczny lub neurologiczny problem zdrowotny Uczestnika, polegający na wystąpieniu poważnej choroby zawartej i zdefiniowanej w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych albo na konieczności przeprowadzenia w warunkach szpitalnych na rzecz Uczestnika postępowania medycznego wymienionego w tej Tabeli;
   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 Warunków Ogólnych 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) **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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   9) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
      a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest wystąpienie u Uczestnika Poważnego Stanu Chorobowego: wystąpienie u Uczestnika poważnej choroby, zawartej i zdefiniowanej w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych, albo przeprowadzenie w warunkach szpitalnych na rzecz Uczestnika operacyjnego, zabiegowego lub związanego z leczeniem zachowawczym postępowania medycznego zastosowanego do określonej choroby lub urazu lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, wymienionego w ww. Tabeli.
2. Dniem wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego u Uczestnika jest:
   1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach wskazanych w pkt 1-3 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych;
   2) dzień postawienia diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z definicją choroby przez lekarza o specjalizacji wskazanej w tej definicji – w przypadkach wskazanych w pkt 4-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych;
   3) dzień rozpoczęcia Hospitalizacji, podczas której wykonano na rzecz Uczestnika postępowanie medyczne wskazane w pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu oraz § 3 ust. 3, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
   1) w przypadku wystąpienia u Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej poważnej choroby wskazanej w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych – świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, wskazanej w Umowie Dodatkowej;
   2) w przypadku wykonania na rzecz Uczestnika, podczas rozpoczętej w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Hospitalizacji, postępowania medycznego wymienionego w pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w tej Tabeli stawki procentowej i Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Uczestnika w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej Umowy Dodatkowej, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6, 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 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.
6. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 5 wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
7. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 5 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 6 zostały określone w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, odrębnie dla każdej z pozycji.
8. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 5 i 6, nie dotyczą tych postępowań medycznych, które przeprowadzono na rzecz Uczestnika w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.
9. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
10. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
11. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do właściwego Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 10.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, to przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego wskazanego w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego Uczestnika ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu („progresja") i wynosi: 10% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot którymi są Automatyczny Limit Akceptacji oraz kwota 100 000 (sto tysięcy) zł; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
   1) Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
   2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia Uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała,

   przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Jeżeli Uczestnik, o którym mowa w ust. 4 pkt 1 ma w dacie przystąpienia ukończone 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie wystąpienie Poważnych Stanów Chorobowych będących skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Postanowień ust. 4 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia, w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.
7. 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 7 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w dniu ponownego przyznania

temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia, przy czym w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej jest ona ograniczona do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. W takim przypadku postanowienia § 2 ust. 4-6 stosuje się odpowiednio.

9. Jeżeli Uczestnik, o którym mowa w ust. 8, w dacie wznowienia udzielania przez Towarzystwo Ochrony Ubezpieczeniowej, ma ukończone 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie wystąpienie Poważnych Stanów Chorobowych spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważny Stan Chorobowy wystąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) jako skutek poważnych chorób wymienionych w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, rozpoznanych lub leczonych u Uczestnika w okresie poprzedzającym dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, jak również jako skutek Nieprawidłowości Zdrowotnych.
2. Ponadto świadczenie z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważny Stan Chorobowy wystąpił w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem Umowy Dodatkowej, do której przystępuje po raz pierwszy i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Uczestnika zdiagnozowano:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca,
   3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).
3. W przypadku postępowań medycznych wymienionych w pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z Nieprawidłowościami Zdrowotnymi. 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 danym Poważnym Stanem Chorobowym lub urazem nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków, jak również nie oczekiwał na jakiekolwiek postępowanie medyczne związane z tym Poważnym Stanem Chorobowym lub urazem.
4. Świadczenie z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego wymienionego w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych nie jest należne, jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika nastąpi śmierć Uczestnika.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

1. Uczestnik ma obowiązek starać się złagodzić skutki Poważnego Stanu Chorobowego niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O wystąpieniu Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem §3 ust. 3 („progresja"), przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Uczestnika, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej 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 postanowienie nie ma zastosowania, jeżeli to postępowanie medyczne będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Dokumentację potwierdzającą przeprowadzenie postępowań medycznych wskazanych w pkt. 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, a także poważnych chorób wskazanych w pkt 1-6 tej Tabeli, 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; w przypadku postępowania medycznego – nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia Uczestnika, Towarzystwo może zażądać od Uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik 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.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO NR PGO/PKN/2018/1

TABELA POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH

Pkt nr	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Stawka procentowa[2]
		Wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego	
1	n/d	Operacja aorty operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji;	100%
2	n/d	Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (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 Warunków Ogólnych – 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 jakiekolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji;	100%
3	n/d	Operacja zastawek serca operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, 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;	100%
4	n/d	Porażenie kończyn całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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 Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji	100%
5	n/d	Udar mózgu udar mózgu – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności: • nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, • obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji;	100%

6	n/d	Zawał serca dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Poważnego Stanu Chorobowego w rozumieniu niniejszej definicji.	100%
Przeprowadzenie w warunkach szpitalnych postępowania medycznego			
7	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%
8	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%
9	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%
10	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%
11	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%
12	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
13	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
14	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
15	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%
16	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%
17	5 lat/18 mies.[1]	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%
18	5 lat/18 mies.[1]	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%
19	5 lat/18 mies.[1]	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
20	5 lat/18 mies.[1]	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
21	5 lat/18 mies.[1]	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
22	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%
23	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%
24	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%
25	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
26	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
27	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%
29	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%
30	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%
31	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
32	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
33	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
34	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%
35	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
36	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%
37	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
38	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
39	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%

40	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
41	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%
42	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
43	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
44	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
45	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
46	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
47	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
48	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%
49	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%
50	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
51	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%
52	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%
53	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%
54	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%
55	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
56	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
57	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
58	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
59	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%
60	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
61	5 lat/18 mies.[1]	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%

[1] 5 lat/18 mies. – 5 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

[2] z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3 („progresja")

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO NR PGO/SPC/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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 Specjalistyczne** – przeprowadzone na rzecz Uczestnika leczenie wymienione i opisane w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Uczestnika.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć, w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest przeprowadzenie na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego, tj. wymienionej poniżej terapii, zabiegu lub operacji chirurgicznej, mające miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej:
   1) w wariancie I:
      a) wykonanie ablacji;
      b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
      c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
      d) chemioterapia/radioterapia;
      e) terapia interferonowa;
   2) w wariancie II:
      a) wykonanie ablacji;
      b) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora;
      c) wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora);
      d) chemioterapia/radioterapia;
      e) terapia interferonowa;
      f) dializoterapia;
      g) przeszczepienie komórek wysp trzustkowych;
      h) przeszczepienie komórek przytarczyc;
      i) przezskórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca;
      j) mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami;
      k) przeszczep rogówki.

2. Dniem przeprowadzenia na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego jest:
   1) dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej – w przypadkach wskazanych w ust. 1 pkt 1 ppkt a)-c) oraz w ust. 1 pkt 2 ppkt a)-c) oraz ppkt g)- k);
   2) dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny – w przypadkach wskazanych w ust. 1 pkt 1 ppkt d)-e) oraz w ust. 1 pkt 2 ppkt d)-f).
3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa, w przypadku przeprowadzenia na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego.
4. W okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni trwania Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli Leczenie Specjalistyczne jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadków zmian wariantów umowy wymienionych w ust. 1. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
5. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej i deklarację uczestnictwa złożył po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, a w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ukończone ma 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie wystąpienie następujących Leczeń Specjalistycznych:
   1) w wariancie I – chemioterapia, radioterapia oraz terapia interferonowa;
   2) w wariancie II – chemioterapia, radioterapia oraz terapia interferonowa, przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, przeszczepienie komórek przytarczyc, przeszczep rogówki.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Leczenie Specjalistyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających przeprowadzenie takiego leczenia, miało miejsce przeprowadzenie takiego samego postępowania medycznego i Towarzystwo poniosło za nie odpowiedzialność wynikającą z którejkolwiek Umowy Dodatkowej zawartej na postawie niniejszych OWU.
7. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
8. W razie gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
9. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia, ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 7.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
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. Przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni od dnia ponownego przyznania Ochrony ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku następstw Nieszczęśliwego Wypadku. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 7-9 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli konieczność przeprowadzenia takiego leczenia powstanie:

1) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mającym potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;
2) jako skutek schorzeń rozpoznanych lub leczonych u Uczestnika w okresie pięciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, do której przystępuje po raz pierwszy.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O przeprowadzeniu na rzecz Uczestnika leczenia specjalistycznego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego 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. 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 i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WARUNKÓW OGÓLNYCH UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO NR PGO/SPC/2018/1

Ilekroć w niniejszym załączniku, Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Leczenia Specjalistycznego, 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) **ablacja** – zabieg kardiologiczny wykonywany w pracowni elektrofizjologii polegający na zniszczeniu, najczęściej energią termiczną, obszaru serca będącego źródłem arytmii;
2) **chemioterapia lub radioterapia** – metoda ogólnoustrojowego leczenia najczęściej nowotworów za pomocą leków cytostatycznych, podawanych drogą pozajelitową i/lub za pomocą promieniowania jonizującego;
3) **dializoterapia** – leczenie za pomocą dializy, podtrzymujące życie pacjentów z krańcową niewydolnością nerek;
4) **mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami** – metoda leczenia sercowopochodnej niewydolności krążenia polegająca na mechanicznym wspomożeniu pracy serca;
5) **przeszczepienie komórek przytarczyc** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy komórek przytarczyc i wszczepieniu ich osobie chorej na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu;
6) **przeszczepienie komórek wysp trzustkowych** – metoda leczenia polegająca na pobraniu od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczepieniu ich osobie chorej na cukrzycę;
7) **przeszczep rogówki** – okulistyczny zabieg chirurgiczny polegający na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy;
8) **przezskórne wszczepianie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca** – zabieg stosowany w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki, polegający na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiochirurgicznej wymagającej otwarcia klatki piersiowej;
9) **terapia interferonowa** – metoda leczenia różnych schorzeń, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu C, polegająca na podawaniu drogą pozajelitową interferonu;
10) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do przerwania groźnej dla życia arytmii i przywróceniu rytmu zatokowego serca;
11) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca)** – zabieg kardiologiczny polegający na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem, zaszytym pod skórą na klatce piersiowej, służącym do elektrycznego pobudzania rytmu serca.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGO/ZMA/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

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

1) **Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe** – Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne;
2) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;
3) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Małżonka Uczestnika pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Małżonka Uczestnika na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego. Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;
4) **Partner Uczestnika** – osoba niespokrewniona z uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
5) **Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – Śmierć Małżonka Uczestnika będąca następstwem odpowiednio Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy lub Wypadku Komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty tego zdarzenia;
6) **Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – Śmierć Małżonka Uczestnika będąca następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, jeżeli nastąpiła w ciągu trzydziestu dni od daty odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu oraz w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu Zawał Serca lub Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne został nazwany pierwotną (wyjściową) albo bezpośrednią przyczyną zgonu;
7) **Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
   a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
   b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
   c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji;
8) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;

9) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,

b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Zawału Serca w rozumieniu niniejszej definicji.

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest – w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu – Śmierć Małżonka Uczestnika, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, zaistniałe w trakcie Ochrony Ubezpieczeniowej. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może dotyczyć Partnera Uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do Partnera. W przypadku, gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.

2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Tabela 1:

Wariant nr	Zakres ubezpieczenia w Wariancie
I	Śmierć Małżonka Uczestnika
II	Śmierć Małżonka Uczestnika, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
III	Śmierć Małżonka Uczestnika, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy
IV	Śmierć Małżonka Uczestnika, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego
V	Śmierć Małżonka Uczestnika, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego

3. Na wniosek Ubezpieczającego zakres Ochrony Ubezpieczeniowej każdego z Wariantów może zostać rozszerzony o Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe jakimi jest Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.

4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Śmierci Małżonka Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika, wskazanej w Umowie Dodatkowej.

5. W razie Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 4, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

6. W razie Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy pracy Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 4 i 5, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy.

7. W razie Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 4 – 6, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

8. W razie Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.

9. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 4, wyłącznie w przypadku Śmierci Małżonka Uczestnika będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

10. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji ulegają również wysokości Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

11. W przypadku, gdy wysokości Sum Ubezpieczenia, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi, przekraczają Automatyczne Limity Akceptacji odpowiednie dla Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, sumy te mogą zostać ograniczone zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

12. Jeżeli wysokość przysługujących Uczestnikowi Sum Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej są uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznych Limitów Akceptacji bądź wysokości ustalonych przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 11.

13. W przypadku, gdy zakres Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi, został w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, czasowo ograniczony do świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej, na ten sam okres, ulega ograniczeniu do świadczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy

Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

3. Przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub jego Małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik lub jego Małżonek kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika lub jego Małżonka;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
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 Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi, dotycząca Małżonka Uczestnika, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku Śmierci Małżonka Uczestnika będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy albo Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego, a postanowienia § 2 ust. 10 – 13 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika, a także świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Wypadku Komunikacyjnego lub Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, Wypadek Komunikacyjny, Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy lub Śmierć Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Wypadku Komunikacyjnego lub Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy nastąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Małżonka Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Małżonka Uczestnika HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub udziałem Małżonka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Małżonka Uczestnika nastąpi:
   1) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia;
   2) w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego;
   3) w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym;
   4) w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej, w pkt 1) i 2), aktach przemocy;
   5) jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez Małżonka Uczestnika w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej danego Uczestnika.
3. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka Uczestnika wystąpi w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Małżonka tytułem pierwszej Umowy Dodatkowej i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Małżonka Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca.
4. Świadczenie z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nie zostanie wypłacone jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną Śmierci był Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego, śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokości Sum Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka Uczestnika, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego lub Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, obowiązujących w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uczestnikowi. Jeżeli Uczestnik umyślnie przyczynił się do Śmierci Małżonka Uczestnika, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego lub Śmierci Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Małżonka Uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku , z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/TIM/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Kalectwo Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 2 niniejszych Warunków Ogólnych uszkodzenie ciała Małżonka Uczestnika, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) **Małżonek Uczestnika (Małżonek)** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   4) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;
   5) **Partner Uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
   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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   8) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
      a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest powstanie Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może dotyczyć Partnera Uczestnika, w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do osoby Partnera. W przypadku gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstałego w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonemu zgodnie z poniższą tabelą:

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

Poszczególne terminy użyte w powyższej 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 przebytym, 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 wiązadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo- wiązadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

3. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

4. W razie gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikających z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

7. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w wysokości niższej niż wskazana w Umowie Dodatkowej Suma Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przez pozostały czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Sumę Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku danego Małżonka Uczestnika stanowiła będzie procentowo określona część Sumy Ubezpieczenia wskazanej w Umowie Dodatkowej pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

3. Przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

   1) zajścia ostatniego ze Zdarzeń Ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą całości wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;

   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;

   3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;

   4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub jego Małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik, lub jego Małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika lub jego Małżonka;

   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

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, postanowienia § 2 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Kalectwo Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku powstanie:

   1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Małżonka Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy

   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Uczestnika HIV;

   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;

   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;

   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub udziałem Małżonka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
OBOWIĄZKI

O powstaniu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Małżonka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Małżonka Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, a także pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU POWODUJĄCEGO TRWAŁE UBYTKI NEUROLOGICZNE NR PGO/TMU/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   2) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;
   4) **Partner uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
   5) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** – Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne;
   6) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części ciała oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od Nieszczęśliwego Wypadku. W rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za taki trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Małżonka Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
   7) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne** – trwałe zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów, oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu, będące następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, jeżeli wymienione objawy wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne. W rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za taki trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Małżonka Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
   8) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
      a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;
      b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;
      c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszej definicji;
   9) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   10) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

11) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej;

b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszej definicji;

12) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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 Ubezpieczeniową oferowaną Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a także Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, jeśli takie zdarzenie jest objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może dotyczyć Partnera Uczestnika. W takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do Partnera. W przypadku gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.

2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Nr wariantu	Zakres Ubezpieczenia w wariancie
I	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia
II	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia
III	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia i Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne
IV	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia i Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne

3. Umowa Dodatkowa, w zależności od wybranych przez Ubezpieczającego wariantów, umożliwia określenie wysokości następujących Sum Ubezpieczenia:

1) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia;

2) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia;

3) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne.

4. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu umowy świadczenie ubezpieczeniowe wyliczane jest następująco:

1) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Małżonka Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu;

2) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z progresywną metodą określania wysokości świadczenia, określonej procentowo wysokości doznanego przez Małżonka Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu i wynosi odpowiednio:

a) 1 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku nie większego niż 25%;

b) 1,5 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 25% do 45%;

c) 2 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 45% do 65%;

d) 3 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 65% do 85%;

e) 4 – dla łącznego uszczerbku na zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku powyżej 85% do 100%;

3) Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Małżonka Uczestnika Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne;

4) w przypadku gdy wyrażona procentowo suma Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, obliczona niezależnie dla każdej z metod opisanych w pkt 1) – 3), z których należne było lub jest świadczenie z niniejszej Umowy Dodatkowej, przekracza sto procent to świadczenie z tytułu kolejnych Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, obliczanych daną metodą, wynosić będzie każdorazowo dziesięć procent kwoty obliczonej w sposób opisany w pkt 1) – 3);

5) w przypadku wariantów III i IV wskazanych w ust. 2, świadczenie ubezpieczeniowe jest sumą świadczeń wyliczonych odpowiednimi metodami opisanymi w pkt 1) – 3) powyżej.

5. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznych Limitów Akceptacji ulegają również wysokości Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

6. W przypadku, gdy wysokości Sum Ubezpieczenia, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi, przekraczają Automatyczne Limity Akceptacji odpowiednie dla Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, sumy te mogą zostać ograniczone zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

7. Jeżeli wysokość przysługujących Uczestnikowi Sum Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej są uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymy-

wanego przez Uczestnika, sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznych Limitów Akceptacji bądź wysokości ustalonych przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 6.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub Małżonka Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik lub Małżonek Uczestnika kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Małżonka Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
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, postanowienia § 2 ust. 5-7 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby Uczestnikowi z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika, polegającego na utracie odpowiednio części lub całości kończyny.
2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku lub jednego Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent odpowiedniej z Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli Małżonek Uczestnika zmarł przed ustaleniem wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego największej z wartości, którymi są: Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Małżonka Uczestnika, świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczone metodą proporcjonalną albo dla wariantu I, świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczone metodą progresywną dla wariantu II oraz świadczenie należne z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne. Wysokość świadczenia z tytułu powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, na podstawie posiadanej dokumentacji dotyczącej przebiegu leczenia.
4. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Zawał Serca, Udar Mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne lub Trwały Uszczerbek na zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne powstanie:
   1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Małżonka Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Małżonka Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub udziałem Małżonka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Małżonka Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy .
5. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone w przypadku Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem Umowy Dodatkowej, jeżeli przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Małżonka Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
   1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
   2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca.
6. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nie zostanie wypłacone, jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną trwałego uszczerbku był Zawał Serca lub Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O powstaniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokości Sum Ubezpieczenia wskazanych w § 2 ust. 3, obowiązujących w dniu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne wypłacane są Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Małżonka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Małżonka Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, a także pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.
4. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, doznanego przez Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji Małżonka Uczestnika.
5. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia i rehabilitacji Małżonka 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 i rehabilitacji Małżonka Uczestnika. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez Uczestnika oraz ustaleń lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo.
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 na Zdrowiu 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 na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, a wysokością trwałego uszczerbku na zdrowiu, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu nie było.
7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku lub wystąpienia Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, Towarzystwo na wniosek Uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka Uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO I REKONWALESCENCJI MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGO/LMR/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – dodatkowe zdarzenie będące przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa polegające na odbyciu przez Małżonka Uczestnika Rekonwalescencji po Leczeniu Szpitalnym objętym ochroną w ramach Umowy Dodatkowej;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   3) **Leczenie Szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Małżonka Uczestnika w Szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia, z wyłączeniem:
      a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;

      oraz

      b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, 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 za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;
   4) **Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Małżonka Uczestnika w Szpitalu znajdującym się na terytorium kraju należącego obecnie lub w przeszłości do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem:
      a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;

      oraz

      b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, 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 za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;

5) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;

6) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;

7) **Nieszczęśliwy Wypadek przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Małżonka Uczestnika pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Małżonka Uczestnika na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego. Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest Nieszczęśliwy Wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;

8) **Oddział Intensywnej Terapii (OIT) / Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – 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;

9) **Partner Uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;

10) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie co najmniej 14 (czternaście) dni pobyt na zwolnieniu lekarskim wydanym po zakończeniu, trwającego co najmniej 14 dni i będącego przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa, Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika przez Szpital, w którym odbywało się to leczenie.

11) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych 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;

12) **Tabela Leczeń Szpitalnych** – tabela zawierająca wykaz współczynników używanych do wyliczenia świadczenia ubezpieczeniowego;

13) **Udar Mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

    a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu;

    b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia;

    c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie są Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszej Warunków Ogólnych;

14) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

15) **Wypadek Komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;

16) **Wypadek Komunikacyjny przy Pracy** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu po drodze (w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo o ruchu drogowym) lub jakiegokolwiek innego urządzenia mechanicznego służącego do przemieszczania się na odległość po lądzie, wodzie lub w powietrzu, i niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez Małżonka Uczestnika pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Małżonka Uczestnika na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego. Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych nie jest wypadek mający miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu;

17) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

18) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków ogólnych – 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:

    a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,

    b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie są Zawałem Serca w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych;

19) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

    c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet,

zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika, jakie rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi. Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może dotyczyć Partnera Uczestnika; w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do Partnera. W przypadku, gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.
2. Zawierając Umowę Dodatkową Ubezpieczający określa jej zakres zgodny z jednym z następujących wariantów Umowy Dodatkowej (zwanych dalej „Wariantem" lub „Wariantami"):

Nr wariantu	Zakres Ubezpieczenia w wariancie
I	Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika – z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia
II	Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika – z progresywną metodą określania wysokości świadczenia
III	Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika – z proporcjonalną metodą określania wysokości świadczenia i Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
IV	Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika – z progresywną metodą określania wysokości świadczenia i Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

3. Na wniosek Ubezpieczającego, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe jakim jest Rekonwalescencja Małżonka Uczestnika.
4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej i polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
   1) w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego opisanego w ust. 1 – świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą zależną od wybranego Wariantu Umowy Dodatkowej:
      a) w Wariancie I – metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 1);
      b) w Wariancie II – metodą progresywną, opisaną w ust. 6 pkt 2);
      c) w Wariancie III – świadczenia obliczonego metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 1) oraz w przypadku gdy Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika było skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą opisaną w ust. 6 pkt 3);
      d) w Wariancie IV – świadczenia obliczonego metodą progresywną, opisaną w ust. 6 pkt 2) oraz w przypadku gdy Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika było skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą opisaną w ust. 6 pkt 3);
   2) w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego opisanego w ust. 3 – dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego metodą proporcjonalną, opisaną w ust. 6 pkt 4).
5. Umowa Dodatkowa w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu umożliwia niezależne określenie wysokości następujących Sum Ubezpieczenia:
   1) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika;
   2) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika.
6. W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej świadczenie ubezpieczeniowe należne z jej tytułu obliczane jest następująco:
   1) metoda proporcjonalna – świadczenie ubezpieczeniowe jest zróżnicowane w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika i obliczane jest jako iloczyn liczby dni Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika i odpowiednich współczynników zawartych w poz. 1-7 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych (kolumna „metoda proporcjonalna", przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego;
   2) metoda progresywna – świadczenie ubezpieczeniowe jest zróżnicowane w zależności od przyczyny oraz czasu trwania Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika i obliczane jest jako iloczyn liczby dni Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika i odpowiednich współczynników zawartych w poz. 1-7 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych (kolumna „metoda progresywna"), przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego. W przypadku gdy w trakcie pobytu w Szpitalu Małżonek Uczestnika przebywał na OIT/OIOM przez okres co najmniej dwudziestu czterech godzin, Towarzystwo wypłaci dodatkowe świadczenie w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest należne wyłącznie za jeden pobyt danego Małżonka Uczestnika na OIT, w danym roku ubezpieczenia;
   3) Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi odpowiedniego współczynnika wymienionego w poz. 9-10 części II Tabeli Leczeń Szpitalnych, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz liczby dni Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego;
   4) Rekonwalescencja Małżonka Uczestnika – świadczenie ubezpieczeniowe równe jest iloczynowi współczynnika wymienionego w poz. 11 części III Tabeli Leczeń Szpitalnych, Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika oraz liczby dni Rekonwalescencji przypadających na okres ubezpieczenia, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji.

Tabela Leczeń Szpitalnych

CZĘŚĆ I – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 4 dni, Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia					
Czas leczenia	Lp.	metoda proporcjonalna	% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego	metoda progresywna	% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	1	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	1,00%	Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	2,00%
	2			Leczenie Szpitalne spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem przy Pracy	2,50%
	3			Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym	2,50%
	4			Leczenie Szpitalne spowodowane Wypadkiem Komunikacyjnym przy Pracy	3,00%
	5			Leczenie Szpitalne spowodowane zaistniałym w okresie ubezpieczenia Zawałem Serca lub Udarem Mózgu powodującym trwałe ubytki neurologiczne	1,50%
	6	Leczenie Szpitalne spowodowane inną przyczyną niż wymieniona w pozycji 1	0,60%	Leczenie Szpitalne spowodowane inną przyczyną niż wymienione w pozycjach 1-5	0,60%
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	7	Za każdy dzień Leczenia Szpitalnego, bez względu na przyczynę	0,50%	Za każdy dzień Leczenia Szpitalnego, bez względu na przyczynę	0,50%
	8			Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku co najmniej 24-godzinnego pobytu w trakcie Leczenia Szpitalnego na OIT/OIOM	10,00%
CZĘŚĆ II – OCHRONA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającego co najmniej 4 dni, Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika rozpoczętego w okresie ubezpieczenia, spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem					
od 1 do 14 dnia Leczenia Szpitalnego	9	1,00% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku			
od 15 dnia Leczenia Szpitalnego do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia	10	0,50% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku			
CZĘŚĆ III – OCHRONA Z TYTUŁU REKONWALESCENCJI					
Świadczenie należne za każdy dzień, trwającej co najmniej 14 dni Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika po trwającym co najmniej 14 dni Leczeniu Szpitalnym przypadającej na okres ubezpieczenia					
	11	1,00% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika			

7. W przypadku, gdy w danym rocznym okresie ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika, suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi z tego tytułu nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego.
8. W przypadku, gdy w danym rocznym okresie ubezpieczenia rozpoczęła się więcej niż jedna Rekonwalescencja Małżonka Uczestnika, suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi z tego tytułu nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji.
9. Z zastrzeżeniem ust. 11, jeżeli Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Małżonka Uczestnika, przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej, na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
10. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej, na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
11. W przypadku gdy jedno Leczenie Szpitalne danego Małżonka Uczestnika jest konsekwencją kilku przyczyn, wysokość świadczenia za pierwsze czternaście dni leczenia ustalane jest na podstawie najwyższego ze współczynników dla danej metody, wymienionych w poz. 1-6 Tabeli Leczeń Szpitalnych, odpowiadającego jednej z przyczyn leczenia.
12. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy, Wypadku Komunikacyjnego, Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy, Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Małżonka 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 Małżonka Uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym daną przyczyną.
13. W przypadku, gdy wysokość Sum Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałyby danemu Uczestnikowi przekraczają Automatyczne Limity Akceptacji, sumy te mogą zostać ograniczone zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
14. W przypadku, gdy wysokość Sum Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika są uzależnione od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznych Limitów Akceptacji bądź wysokości ustalonych przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 13.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka Uczestnika rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub jego Małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik lub jego Małżonek kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika lub jego Małżonka;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej przysługująca Uczestnikowi, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a postanowienia § 2 ust. 13-14 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika wystąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Małżonka Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka Uczestnika nadużywania przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Małżonka Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub udziałem Małżonka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Małżonka Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.
   7) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Małżonka Uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakiemu w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległ Małżonek Uczestnika;
   8) w związku z takim pobytem w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Małżonka Uczestnika;
2. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nie zostało uznane za należne świadczenie dotyczące Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika bezpośrednio poprzedzającego Rekonwalescencję Małżonka Uczestnika.
3. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Rekonwalescencja Małżonka Uczestnika miała miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego.
4. W przypadku gdy w trakcie Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nastąpi ponowne Leczenie Szpitalne Małżonka Uczestnika, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika.
5. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika lub Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego lub Rekonwalescencji nastąpi śmierć Małżonka Uczestnika.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

1. O przebytym Leczeniu Szpitalnym Małżonka Uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Leczenia Szpitalnego.
2. O przebytej Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Leczenia Szpitalnego.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu Leczenia Szpitalnego lub Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uwzględnia się odpowiednio wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązujące w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w Tabeli Leczeń Szpitalnych współczynników procentowych.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika obowią-

zującej w dniu rozpoczęcia Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika, przy zastosowaniu wskazanego w poz. 11 części III Tabeli Leczeń Szpitalnych współczynnika procentowego.

3. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 11 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego Leczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika spowodowanego tą samą przyczyną.
4. Świadczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego (poz. 1-8 części I Tabeli Leczeń Szpitalnych) i Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (poz. 9-10 części II Tabeli Leczeń Szpitalnych) Małżonka Uczestnika, wypłacane są Uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w Szpitalu.
5. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika wypłacane jest Uczestnikowi, nie wcześniej niż po jej zakończeniu.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Małżonka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Małżonka Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, a także pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA UCZESTNIKA „ZDROWE ŻYCIE" NR PGO/HBM/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz Małżonka Uczestnika, wskazane w części 3. Wykazu stanowiącego załącznik nr 1 do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej; wyróżnia się Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenia) typu 1 i typu 2;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Leczenie Szpitalne (Hospitalizacja)** – nieprzerwany pobyt Małżonka Uczestnika w Szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym Małżonek Uczestnika przebywał w Szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem Hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze Szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktowany jest jako jedna Hospitalizacja;
   4) **Małżonek Uczestnika (Małżonek)** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   5) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Małżonka Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Małżonka Uczestnika:
      a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
      b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
      c) powodowała wystąpienie u Małżonka Uczestnika objawów (bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
   6) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Małżonka Uczestnika;
   7) **Partner Uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
   8) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Ubezpieczonego. Szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych 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;
   9) **Świadczenie Ryczałtowe** – świadczenie z tytułu Dodatkowego Zdarzenia typu 1;
   10) **Świadczenie Lekowe** – świadczenie z tytułu Dodatkowego Zdarzenia typu 2;
   11) **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;
   12) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla,

bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

13) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest:

1) w wariancie I – operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Małżonka Uczestnika, rozpoczętej w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi i dotyczącej jego Małżonka, zastosowane do określonej choroby lub urazu Małżonka Uczestnika będących przyczyną Hospitalizacji lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wskazanego powyżej wariantu ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;

2) w wariancie II – operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Małżonka Uczestnika, rozpoczętej w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi i dotyczącej jego Małżonka, zastosowane do określonej choroby lub urazu Małżonka Uczestnika będące przyczyną Hospitalizacji lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, przy czym szczegółowy spis Zdarzeń Ubezpieczeniowych przewidzianych w ramach wskazanego powyżej wariantu ubezpieczenia oraz odpowiadająca tym zdarzeniom wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, zawarte są w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych. Dodatkowo, Ochroną Ubezpieczeniową oferowaną Uczestnikowi, dotyczącą Małżonka Uczestnika, objęte są również Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 1;

3) Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe typu 2, o które może zostać rozszerzony wariant II.

2. Za zgodą Towarzystwa, w przypadku gdy Uczestnik nie pozostaje w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa może również dotyczyć Partnera Uczestnika; w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do Partnera. W przypadku gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim, Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana Uczestnikowi, dotycząca jego Małżonka, 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 Sumie Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.

4. Jeżeli Uczestnik ma w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ukończone 62 lata oraz przystępuje w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności składki następujący po upływie trzech miesięcy od dnia, w którym Uczestnik spełnił wskazane w Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi, dotycząca jego Małżonka zostaje ograniczona do postępowań medycznych odrębnie wskazanych w Wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków.

5. Jeżeli Uczestnik przystępuje do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności składki następujący po upływie trzech miesięcy od dnia, w którym Uczestnik spełnił wskazane w Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, a Małżonek Uczestnika ma w dacie przystąpienia do ubezpieczenia ukończone 62 lata, Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Małżonkowi Uczestnika obejmuje wyłącznie postępowania medyczne odrębnie wskazane w Wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków.

4. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również Świadczenie Ryczałtowe lub Świadczenie Lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, dotyczącej Małżonka Uczestnika, liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe, przy czym wypłata Świadczenia Lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje takie zdarzenia.

5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego Uczestnik może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia dotyczącego Małżonka Uczestnika oraz jedno Świadczenie Lekowe dotyczące Małżonka Uczestnika.

6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Małżonka Uczestnika w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi tytułem pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz Świadczeń Ryczałtowych i Świadczeń Lekowych, związanych z takimi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 niniejszego paragrafu. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantów umowy, o których mowa w ust. 1. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

7. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach Hospitalizacji Małżonka Uczestnika rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa, na uprzedni wniosek Ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia Uczestnika, o Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe typu 2, Świadczenie Lekowe nie zostanie wypłacone, za wyjątkiem takich postępowań medycznych dotyczących Małżonka Uczestnika, które w tym okresie przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

8. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Małżonka 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 udzielanej Uczestnikowi.

9. Z zastrzeżeniem ust. 10, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji Małżonka związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Małżonka 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.

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

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

12. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 9 i 10, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz Małżonka Uczestnika, które przeprowadzono w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

13. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia, przysługującej Uczestnikowi w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.

14. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi, przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

15. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi, Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest do wysokości Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 14.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca jego Małżonka rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca jego Małżonka rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.

3. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub jego Małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik lub jego Małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika lub jego Małżonka;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej z dniem ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia z tym zastrzeżeniem, że przez okres pierwszych dziewięćdziesięciu dni ochrona ta ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w wyniku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. W razie ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Małżonka, postanowienia § 2 ust. 13 – 15 stosuje się odpowiednio.

5. Jeżeli Małżonek Uczestnika, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, w dacie wznowienia udzielania przez Towarzystwo Ochrony Ubezpieczeniowej, ma ukończone 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie postępowania medyczne odrębnie wskazane w Wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstanie:
   1) w związku z leczeniem przez Małżonka Uczestnika skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);
   2) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych Ochroną Ubezpieczeniową na podstawie Umowy Dodatkowej;
   3) w związku z chorobą Małżonka Uczestnika, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia lub w związku z wadą wrodzoną Małżonka Uczestnika;
   4) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa, w związku z nieprzestrzeganiem przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Małżonka Uczestnika HIV;
   6) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   7) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   8) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub jego udziałem w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   9) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;
   10) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji państwowej;
   11) w związku z pobytem Małżonka Uczestnika w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez Małżonka Uczestnika leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z Nieprawidłowościami Zdrowotnymi. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi na podstawie niniejszej Umowy Dodatkowej Małżonek Uczestnika w związku z daną chorobą lub urazem nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków, jak również nie oczekiwał na jakiekolwiek postępowanie medyczne związane z tą chorobą lub urazem.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową dotyczącą Małżonka. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Małżonka Uczestnika, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenia Ubezpieczeniowe oraz Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
   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 Małżonka 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 Małżonka.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Małżonka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Małżonka Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, a także pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.
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.

§ 7.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR PGO/PZM/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.

DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   2) **Małżonek Uczestnika (Małżonek)** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Partner Uczestnika (Partner)** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika może dotyczyć tylko jednego Partnera. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
   4) **Poważne Zachorowanie** – przewidziane w § 2 ust. 2 niniejszych Warunków Ogólnych schorzenie Małżonka 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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, 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 niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu umowy:
   1) wariant I – wystąpienie u Małżonka Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 1;
   2) wariant II – wystąpienie u Małżonka Uczestnika Poważnego Zachorowania w wersji 2;

   Za zgodą Towarzystwa Ochrona Ubezpieczeniowa może dotyczyć Partnera Uczestnika; w takim przypadku postanowienia dotyczące Małżonka stosuje się odpowiednio do Partnera. W przypadku gdy Uczestnik wskazał Partnera pozostając jednocześnie w związku małżeńskim Ochrona Ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie Partnera.
2. W ramach Poważnego Zachorowania Małżonka, Zdarzeniem Ubezpieczeniowym jest wystąpienie u Małżonka Uczestnika wymienionych w Tabeli Poważnych Zachorowań schorzeń sklasyfikowanych w ramach czterech grup:

Tabela Poważnych Zachorowań

L.p.	Poważne Zachorowania Małżonka Uczestnika	wersja 1	wersja 2	Ochrona Ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z danej grupy
		Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia[1]		
Grupa I				
1	Przeszczep Narządów	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika
2	Schyłkowa Niewydolność Nerek	100%	100%	
3	Schyłkowa Niewydolność Wątroby	-	100%	
4	Stwardnienie Rozsiane Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%	
5	Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne	100%	100%	
Grupa II				
6	Angioplastyka Naczyń Wieńcowych	-	100%[2]	Wypłata świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z Grupy II, nie zmniejsza również liczby możliwych do uzyskania świadczeń
7	Operacja Aorty	100%	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy II (poza Angioplastyką Naczyń Wieńcowych)
8	Operacja Zastawek Serca	-	100%	
9	Pomostowanie Aortalno-Wieńcowe (bypass)	100%	100%	
10	Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne	100%	100%	
11	Zawał Serca	100%	100%	
Grupa III				
12	Łagodny Nowotwór Mózgu Leczony Operacyjnie lub Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne	-	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy III
13	Niedokrwistość Aplastyczna (aplazja szpiku)	-	100%	
14	Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym	100%	100%	
Grupa IV				
15	Amputacja Kończyn	-	100%	Koniec Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej chorób z grupy I oraz z grupy IV (poza Gruźlicą Leczoną Szpitalnie)
16	Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy	100%	100%	
17	Całkowita i Nieodwracalna Utrata Słuchu	-	100%	
18	Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku	100%	100%	
19	Porażenie Kończyn Prowadzące do Trwałej i Całkowitej Utraty ich Funkcji	-	100%	
20	Rozległe Oparzenie	100%	100%	
21	Gruźlica Leczona Szpitalnie	-	100%[2]	Wypłata świadczenia nie kończy Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej pozostałych chorób z Grupy IV, nie zmniejsza również liczby możliwych do uzyskania świadczeń

[1] z zastrzeżeniem § 3 ust. 3

[2] z zastrzeżeniem § 2 ust. 7

3. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika jest:
   1) dzień zabiegu/operacji – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Angioplastyka Naczyń Wieńcowych, Operacja Aorty, Operacja Zastawek Serca, Pomostowanie Aortalno-Wieńcowe (bypass);
   2) dzień zakwalifikowania Małżonka Uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu Narządu jeśli Małżonek Uczestnika 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 – w przypadku Nowotworu Złośliwego w Stadium Inwazyjnym;
   4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach następujących Poważnych Zachorowań: Amputacja Kończyn, Rozległe Oparzenie, Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne, Zawał Serca;
   5) ostatni dzień sześciomiesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku Całkowitej i Nieodwracalnej Utraty Mowy;
   6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie Gruźlicy Leczonej Szpitalnie, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku Gruźlicy Leczonej Szpitalnie;
   7) dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania Małżonka, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych – w przypadkach pozostałych Poważnych Zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt 1 – 6 powyżej.
4. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika, wskazanej w Umowie Dodatkowej, przy zastosowaniu wskaźnika procentowego wskazanego w Tabeli Poważnych Zachorowań odpowiedniego dla wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu Umowy Dodatkowej.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu grupy I Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika wygasa. W przypadku wypłaty z grup II-IV, każde kolejne roszczenie o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika może zostać rozpatrzone, o ile Poważne Zachorowanie Małżonka Uczestnika nie jest sklasyfikowane w grupie I oraz zaistniało po upływie co najmniej 365 dni od daty wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika bezpośrednio je poprzedzającego. Z zastrzeżeniem ust. 7, wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z grup II-IV wygasza Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu pozostałych schorzeń sklasyfikowanych w grupie z której następuje wypłata.
6. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 4, trzecie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika jest równe dziesięciu procentom świadczenia określonego w ustępie 4 powyżej. Z zastrzeżeniem ust. 7, w przypadku wypłaty trzeciego świadczenia ubezpieczeniowego Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika wygasa.
7. Wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Angioplastyki Naczyń Wieńcowych oraz Gruźlicy Leczonej Szpitalnie jest równa Sumie Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika, ale nie więcej niż 15 000 (piętnaście tysięcy) zł. Jednocześnie wypłata świadczenia z tytułu Angioplastyki Naczyń Wieńcowych oraz Gruźlicy Leczonej Szpitalnie nie wpływa na uprawnienia do świadczeń z tytułu innych Poważnych Zachorowań Małżonka Uczestnika sklasyfikowanych odpowiednio do grupy II i IV.

8. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.
9. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
10. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 7.
11. W przypadku, gdy zakres Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą umową dodatkową ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania Uczestnika, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi, został w sposób przewidziany na taką okoliczność w odpowiednich warunkach ogólnych czasowo ograniczony, również Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, przysługująca Uczestnikowi, ulega takiemu samemu ograniczeniu i na ten sam okres.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca jego Małżonka rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, to przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca jego Małżonka rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy Uczestnikiem i Małżonkiem Uczestnika albo z chwilą wskazania Partnera przez Uczestnika.
3. Wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu („progresja") i wynosi: 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot którymi są Automatyczny Limit Akceptacji oraz kwota 100 000 (sto tysięcy) zł; po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika również w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia. Postanowienie powyższe dotyczy również przypadku zmiany wariantu umowy, o którym mowa w § 2 ust. 1 w odniesieniu do chorób wcześniej nie objętych Ochroną Ubezpieczeniową. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
5. Jeżeli Uczestnik, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, ma w dniu przystąpienia ukończone 62 lata, zakres oferowanej Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej jego Małżonka zostaje ograniczony do następujących Poważnych Zachorowań:
   1) dla wersji 1 – Przeszczep Narządów, Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne, Operacja Aorty, Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, Rozległe Oparzenie, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy;
   2) dla wersji 2. – Przeszczep Narządów, Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne, Operacja Aorty, Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, Niedokrwistość Aplastyczna, Łagodny Nowotwór Mózgu Leczony Operacyjnie lub Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne, Rozległe Oparzenie, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Słuchu, Amputacja Kończyn, Porażenie Kończyn prowadzące do trwałej i Całkowitej Utraty ich Funkcji.
6. Jeżeli Małżonek Uczestnika, o którym mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia ma skończone 62 lata, zakres oferowanej Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej jego Małżonka zostaje ograniczony do następujących Poważnych Zachorowań:
   1) dla wersji 1 – Przeszczep Narządów, Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne, Operacja Aorty, Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, Rozległe Oparzenie, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy;
   2) dla wersji 2 – Przeszczep Narządów, Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne, Operacja Aorty, Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym, Niedokrwistość Aplastyczna, Łagodny Nowotwór Mózgu Leczony Operacyjnie lub Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne, Rozległe Oparzenie, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy, Całkowita i Nieodwracalna Utrata Słuchu, Amputacja Kończyn, Porażenie Kończyn prowadzące do trwałej i Całkowitej Utraty ich Funkcji.
7. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Małżonka wygasa w dniu:
   1) wystąpienia pierwszego z Poważnych Zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością Towarzystwa;
   2) wystąpienia trzeciego z Poważnych Zachorowań objętych odpowiedzialnością Towarzystwa;
   3) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   4) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   5) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika lub jego Małżonka siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik, lub jego Małżonek, kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika lub jego Małżonka;
   6) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 7 pkt 4, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia § 2 ust. 7-9 stosuje się odpowiednio.
9. Jeżeli Małżonek Uczestnika, o którym mowa w ust. 8 niniejszego paragrafu, w dniu wznowienia udzielania przez Towarzystwo Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi ma ukończone 62 lata, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej zostaje ograniczony do wystąpienia Poważnych Zachorowań wymienionych w ust. 6 niniejszego paragrafu.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka Uczestnika wystąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Małżonka Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Małżonka Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Małżonka Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem

przez Małżonka Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Małżonka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Małżonka Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Małżonka Uczestnika HIV;

3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Małżonek Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Małżonek Uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;

4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Małżonka Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Małżonka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;

5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Małżonka Uczestnika lub udziałem Małżonka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;

6) jako skutek schorzeń wymienionych w § 2 ust. 2 lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych u Małżonka Uczestnika w okresie pięciu lat przed dniem rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Małżonka, przysługującej Uczestnikowi tytułem przystąpienia do Umowy Dodatkowej po raz pierwszy.

2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważne Zachorowanie Małżonka Uczestnika wystąpiło w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej tytułem Umowy Dodatkowej i jednocześnie przed rozpoczęciem tej Ochrony Ubezpieczeniowej u Małżonka Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:

1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne,

2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału Serca,

3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania Aortalno-Wieńcowego (bypass),

3. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nastąpi jego śmierć.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową dotyczącą jego Małżonka. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
OBOWIĄZKI

O wystąpieniu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej oraz liczbę świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika.

2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika wypłacane jest Uczestnikowi.

3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Małżonka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Małżonka Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Małżonka Uczestnika, a także pisemną zgodę Małżonka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

§ 9.
ZAŁĄCZNIKI

Integralną częścią niniejszych OWU jest Załącznik nr 1 – Definicje Poważnych Zachorowań Małżonka.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – DEFINICJE POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ MAŁŻONKA

1. Ilekroć w niniejszym załączniku oraz w Warunkach Ogólnych, 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 Warunków Ogólnych – musi dotyczyć jednoczasowo 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 Warunków Ogólnych – wykonany pierwszorazowo, przy użyciu przezskórnej 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) **Całkowita i Nieodwracalna Utrata Mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani 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;

4) **Całkowita i Nieodwracalna Utrata Słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

5) **Całkowita i Nieodwracalna Utrata Wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

6) **Gruźlica leczona szpitalnie** – zakażenie prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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, skutkujące hospitalizacją w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej 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;

7) **Łagodny Nowotwór Mózgu Leczony Operacyjnie lub Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – skutkujący usunięciem neurochirurgicznym 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;

8) **Niedokrwistość Aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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.

   Małżonek Uczestnika musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Małżonka Uczestnika został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

9) **Nowotwór Złośliwy w Stadium Inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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. 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 Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),

   b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,

   c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,

   d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,

   e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;

10) **Operacja Aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

11) **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 Warunków Ogólnych – 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 jakiekolwiek 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;

12) **Operacja Zastawek Serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, 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;

13) **Porażenie Kończyn Prowadzące do Trwałej i Całkowitej Utraty Ich Funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nierokująca 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;

14) **Przeszczep Narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – Małżonkowi Uczestnika 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 któregokolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

15) **Rozległe Oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

16) **Schyłkowa Niewydolność Nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa, skutkujące rozpoczęciem przewlekłej dializoterapii. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

17) **Schyłkowa Niewydolność Wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – potwierdzona przez lekarza specjalistę hepatologa lub gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:

   a) trwała żółtaczka,

   b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,

c) encefalopatia wrotna,

d) żylaki przełyku.

Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi niewydolność wątroby będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

18) **Stwardnienie Rozsiane Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

19) **Śpiączka Powodująca Trwałe Ubytki Neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – skutkujący intubacją i mechaniczną wentylacją dla podtrzymania życia przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nierokującego możliwości poprawy. Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji nie stanowi śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka będąca skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii);

20) **Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,

b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,

c) 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 jakiekolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

21) **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,

b) 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 postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI DZIECKA ORAZ ŚMIERCI DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/ZDZ/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

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

1) **Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe** – Śmierć Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;

2) **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** – dziecko własne Uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);

3) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;

4) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Dziecka Uczestnika;

5) **Śmierć Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Dziecka Uczestnika będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;

6) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;

7) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

8) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest śmierć Dziecka Uczestnika.
2. Na wniosek Ubezpieczającego zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe jakim jest Śmierć Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci Dziecka Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika, wskazanej w Umowie Dodatkowej.
4. W przypadku rozszerzenia zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 3, świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wskazanej w Umowie Dodatkowej.
5. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka Uczestnika w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 3, wyłącznie w przypadku Śmierci Dziecka Uczestnika będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
6. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
7. W przypadku, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Dziecka Uczestnika, przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
8. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Dziecka Uczestnika Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 6.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka Uczestnika rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka Uczestnika rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Udzielana Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka Uczestnika wygasa w dniu:
   1) ukończenia przez Dziecko Uczestnika dwudziestu jeden lat;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, Ochronę Ubezpieczeniową dotyczącą Dziecka Uczestnika, z chwilą ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi, dotycząca Dziecka Uczestnika, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania, w zakresie świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 2 ust. 3, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty tego świadczenia wyłącznie w przypadku śmierci Dziecka Uczestnika będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a także w trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub śmierć Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Dziecko Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Dziecko Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Dziecko Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko Uczestnika przestępstwa;, w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Dziecko Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka Uczestnika wirusem HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Dziecko Uczestnika było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Dziecko Uczestnika lub udziałem Dziecka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka Uczestnika nastąpi:
   1) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach

przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;

2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko Uczestnika przestępstwa;, w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Dziecko Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka Uczestnika wirusem HIV;

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O śmierci Dziecka Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się odpowiednio wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Dziecka Uczestnika oraz Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uczestnikowi. Jeżeli Uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci Dziecka, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Dziecka Uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ NEGATYWNYCH SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW U DZIECKA UCZESTNIKA NR PGO/TUC/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda jest jednocześnie napadniętym i napastnikiem;
   2) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – wystąpienie u Dziecka Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** – dziecko własne uczestnika lub dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 19 roku życia, albo dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 25 roku życia, pod warunkiem, że kontynuuje naukę;
   4) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   5) **Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku** – wymienione w Tabeli 1 zdarzenie dotyczące Dziecka Uczestnika, spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem, które skutkowało czasową utratą zdrowia;
   6) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Dziecka;
   7) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Trwały Uszczerbek na Zdrowiu)** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące Następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od Nieszczęśliwego Wypadku; w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych za Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez Dziecko Uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu;
   8) **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;
   9) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka Uczestnika.
2. Na wniosek Ubezpieczającego zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe, to jest wystąpienie u Dziecka Uczestnika Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku, którymi są:
   1) powstałe u Dziecka rany lub blizny w obrębie powłok twarzy, wymienione w części 1 Tabeli 1;
   2) zwichnięcie stawu u Dziecka, wymienione w części 1 Tabeli 1;
   3) pęknięcie kości u Dziecka, wymienione w części 1 Tabeli 1;
   4) zatrucie, porażenie prądem, ukąszenie, pogryzienie, wstrząs lub wstrząśnienie mózgu, poparzenie górnych dróg oddechowych, inne zdarzenia wymagające interwencji lekarskiej lub hospitalizacji, dotyczące Dziecka, wymienione w części 2 Tabeli 1;
   5) poparzenie ciała Dziecka, wymienione w części 3 Tabeli 1;
   6) konieczność odbudowy zęba stałego Dziecka Uczestnika, wymieniona w części 4 Tabeli 1;
   7) konieczność nadrobienia przez Dziecko Uczestnika wiedzy szkolnej, wymieniona w części 4 Tabeli 1.

TABELA 1

Lp.	Zdarzenie Ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia albo w zł
	TABELA 1 CZĘŚĆ 1 URAZY, PEKNIĘCIA KOŚCI, ZŁAMANIA	
1	Oszpecenie (blizny, ubytki w obrębie powłoki twarzy)	5%
2	Złamanie w obrębie sklepistości czaszki	5%
3	Złamanie w obrębie podstawy czaszki	10%
4	Złamanie kości twarzoczaszki	4%
5	Złamanie zębów stałych	0,5% za każdy ząb stały; maksymalnie 6% za wszystkie złamane zęby stałe (w przypadku złamania powyżej 12 zębów stałych)
6	Złamanie obojczyka	5%
7	Złamanie łopatki	4%
8	Złamanie mostka	5%
9	Złamanie żebra	2% za każde żebro (w przypadku złamania do 5 żeber); maksymalnie 10% za wszystkie złamane żebra (w przypadku złamania powyżej 5 żeber)
10	Zwichnięcie stawu barkowego	8%
11	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny górnej: kości ramiennej, kości łokciowej, kości promieniowej	3%
12	Złamanie kości ramiennej	7%
13	Zwichnięcie stawu łokciowego	5%
14	Złamanie jednej lub obu kości przedramienia	5%
15	Złamanie w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	3%
16	Złamanie kości palców ręki (II, III, IV lub V)	3% za każdy palec
17	Złamanie kości kciuka	4%
18	Zwichnięcie stawów w obrębie palców ręki (II, III, IV lub V)	2% za każdy palec
19	Zwichnięcie stawów w obrębie kciuka	3%
20	Złamanie miednicy w odcinku przednim (kość łonowa, kość kulszowa)	5%
21	Złamanie miednicy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10%
22	Zwichnięcie stawu biodrowego	10%
23	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny dolnej: kości udowej, kości piszczelowej i kości strzałkowej	4%
24	Złamanie kości udowej	10%
25	Złamanie jednej lub obu kości podudzia	7%
26	Złamanie rzepki	4%
27	Zwichnięcie stawu kolanowego (z wyłączeniem zwichnięcia rzepki)	5%
28	Zwichnięcie rzepki	1%
29	Zwichnięcie stawu skokowego	4%
30	Złamanie w obrębie kości stopy (z wyłączeniem kości palców)	5%
31	Złamanie kości palców stopy (II, III, IV lub V)	2% za każdy palec
32	Złamanie kości palucha	3%
33	Złamanie trzonu kręgu kręgosłupa	12% za każdy krąg
34	Pęknięcie trzonu kręgu kręgosłupa	8% za każdy krąg
35	Złamanie lub pęknięcie wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu kręgosłupa	2% za każdy krąg (dotyczy wyrostka poprzecznego lub ościstego)
36	Złamanie kości ogonowej	4%
37	Pęknięcie kości ogonowej	2%
	TABELA 1 CZĘŚĆ 2 INNE ZDARZENIA WYPADKOWE WYMAGAJĄCE INTERWENCJI LEKARSKIEJ/HOSPITALIZACJI (POZA POPARZENIAMI CIAŁA)	
1	Nagłe zatrucie gazem lub substancją chemiczną, wymagające hospitalizacji	9%
2	Porażenie prądem/piorunem wymagające hospitalizacji	6%
3	Wstrząs lub wstrząśnienie mózgu wymagające hospitalizacji	2% wstrząśnienie mózgu, 4% wstrząs mózgu
4	Pogryzienie, ukąszenie wymagające hospitalizacji	6%
5	Poparzenie górnych dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	18%
6	Nie wymienione w innych pozycjach niniejszej tabeli uszkodzenie ciała/funkcji organizmu wymagające wizyty u lekarza lub hospitalizacji i dalszego leczenia (co najmniej jednej wizyty kontrolnej) wskutek Nieszczęśliwego Wypadku), z wyjątkiem stomatologii	2% za każdą wizytę kontrolną, maksymalnie 10%; 1% za każdy dzień hospitalizacji, maksymalnie 18%

TABELA 1 CZĘŚĆ 3
POPARZENIA CIAŁA

Stopień poparzenia	Powierzchnia poparzona w % powierzchni ciała		
	0-1%	ponad 1 -15%	ponad 15%
	Wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia		
1. stopień	1%	8%	20%
2. stopień	2%	15%	30%
3. stopień	3%	25%	40%

TABELA 1 CZĘŚĆ 4
UZUPEŁNIENIE WIEDZY, ODBUDOWA ZĘBA

1	Ryczałt na uzupełnienie stanu wiedzy po ponad 10-dniowej nieobecności w szkole spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem	5% za każde rozpoczęte 10 dni, począwszy od 11 dnia nieobecności w szkole
2	Odbudowa utraconego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uzębienia stałego	250 zł za odbudowany ząb, maksymalnie 1 500 zł

3. Udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku doznania w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przez Dziecko Uczestnika, świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazanej w Umowie Dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez Dziecko Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

4. W przypadku rozszerzenia zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie zajścia w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiącego Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku, polegającego na powstaniu u Dziecka Uczestnika uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub wystąpieniu braków wiedzy spowodowanych nieobecnością w szkole wynikającą z Nieszczęśliwego Wypadku, świadczenia ubezpieczeniowego równego odpowiedniemu procentowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, wskazanemu w Tabeli nr 1, w której wymieniono Zdarzenia Ubezpieczeniowe wraz z odpowiadającymi im wysokościami świadczeń ubezpieczeniowych.
5. W przypadku, gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznych Limitów Akceptacji ulegają również wysokości Sum Ubezpieczenia przysługujących Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej
6. W przypadku, gdy wysokość Sumy lub Sum Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, które zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby danemu Uczestnikowi w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Dziecka Uczestnika, przekraczają Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.
7. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Dziecka Uczestnika Sumy lub Sum Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, Sumy te niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczone są odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, bądź do wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 5.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Przysługująca 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi Ochronę Ubezpieczeniową dotyczącą Dziecka Uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, z chwilą ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 2 ust. 5-7 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz świadczenie z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek Dziecka Uczestnika powstanie:

1) w związku ze spożyciem przez Dziecko Uczestnika alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Dziecko Uczestnika narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Dziecko Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko Uczestnika przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka Uczestnika; w związku z dokonaniem przez Dziecko Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka Uczestnika wirusem HIV;
3) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Dziecko Uczestnika lub udziałem Dziecka Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Dziecko Uczestnika było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko Uczestnika czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka Uczestnika w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy; w związku z udziałem Dziecka w Bójce;
6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Dziecka Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

1. O powstaniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.
2. O Negatywnych Skutkach Nieszczęśliwego Wypadku Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika 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. Wysokość doznanego przez Dziecko Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji Dziecka.

3. W przypadku, gdy zgodnie z opinią lekarza, o którym mowa w ust. 2 powyżej, okres leczenia i rehabilitacji Dziecka będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, Uczestnik, po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo.
4. 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 na Zdrowiu, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, a wysokością Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, 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.
5. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i wypłaceniu z tego tytułu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, nastąpi spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem pogorszenie stanu zdrowia Dziecka, Towarzystwo na wniosek Uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu Dziecka nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka Uczestnika wypłacane jest Uczestnikowi.
7. Wysokości świadczeń z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, wyrażone w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, wskazane są w Tabeli 1.
8. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika, uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwych Wypadków obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka Uczestnika wypłacane jest Uczestnikowi.
10. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Dziecko Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Dziecka Uczestnika, a także pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA NR PGO/LSD/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Dziecko** – Dziecko własne Uczestnika lub Dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich), oraz Dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 19 roku życia, albo Dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 25 roku życia pod warunkiem, że kontynuuje naukę;
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   3) **Leczenie Szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż cztery dni pobyt Dziecka w Szpitalu znajdującym się na terytorium kraju, należącego obecnie lub w przeszłości 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 zostało ono poddane leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia z wyłączeniem:
      a) pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym;

      oraz

      b) pobytu związanego z ciążą, porodem lub połogiem, 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 za ostatni dzień wypisu ze Szpitala;
   4) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Dziecka;
   5) **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 Dziecka; 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;
   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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla,

bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

8) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

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

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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych Warunkach Ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez Warunki Ogólne wymienione na wstępie.

§ 2.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem Ubezpieczeniowym objętym Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Leczenie Szpitalne Dziecka.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku Leczenia Szpitalnego Dziecka, które rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 7-8, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka.

3. W przypadku, gdy w trakcie trwania danej Umowy Dodatkowej rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Dziecka, suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych Uczestnikowi nie może przewyższyć Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego.

4. Z zastrzeżeniem ust. 5, jeżeli Leczenie Szpitalne Dziecka rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi z tytułu Umowy Dodatkowej, Ochrona Ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

5. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy złożył on deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Dziecka będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

6. Postanowień ust. 5 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.

7. Wysokość świadczenia z tytułu danego Leczenia Szpitalnego jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania Leczenia Szpitalnego Dziecka i wynosi:

1) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procent) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w okresie ubezpieczenia – za pierwsze czternaście dni leczenia nie spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;

2) iloczyn 1,0% (jeden procent) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w okresie ubezpieczenia – za pierwsze czternaście dni leczenia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem;

3) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procent) Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka oraz liczby dni leczenia rozpoczętego w okresie ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień Leczenia Szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.

8. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku w okresie ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno Leczenie Szpitalne Dziecka, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych Leczeń Szpitalnych spowodowanych tym Nieszczęśliwym Wypadkiem, dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne Leczenie Szpitalne Dziecka traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym Leczeniem Szpitalnym spowodowanym danym Nieszczęśliwym Wypadkiem.

9. W przypadku, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Leczenia Szpitalnego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

10. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 9.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Przysługująca Uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka wygasa w dniu:

1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;

2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;

3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;

4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego wyłącznie w przypadku Leczenia Szpitalnego Dziecka będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, a postanowienia § 2 ust. 9-10 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Leczenie Szpitalne Dziecka wystąpi:

1) w związku ze spożyciem przez Dziecko alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Dziecko narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej

nadużywania przez Dziecko alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;

2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka; w związku z dokonaniem przez Dziecko umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka HIV;

3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;

4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;

5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Dziecko albo w związku udziałem Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;

6) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Dziecka zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy;

7) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną Dziecka, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku jakiemu w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej uległo Dziecko;

8) w związku z takim pobytem Dziecka w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Dziecka;

9) jako bezpośredni lub pośredni skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.

2. Świadczenie z tytułu danego Leczenia Szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia Szpitalnego nastąpi śmierć Dziecka.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O przebytym Leczeniu Szpitalnym Dziecka Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Leczenia Szpitalnego.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia Leczenia Szpitalnego Dziecka, przy zastosowaniu wskazanych w § 2 ust. 7 wskaźników procentowych.
2. 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 Dziecka spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem.
3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego wypłacane jest Uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu Dziecka w Szpitalu.
4. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Dziecko Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Dziecka Uczestnika, a także pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA REHABILITACJI NOWONARODZONEGO DZIECKA NR PGO/RHD/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

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

   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;

   2) **Nowonarodzone Dziecko** – Dziecko własne Uczestnika lub Dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską, z tytułu urodzenia którego zostało wypłacone Uczestnikowi świadczenie wynikające z Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się Dziecka;

   3) **Ośrodek Rehabilitacji** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, przy czym pojęcie „Ośrodek Rehabilitacji" nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka wypoczynkowego ani jakiejkolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień; Ośrodkiem Rehabilitacyjnym może być szpitalny oddział rehabilitacyjny (odział rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej);

   4) **Rehabilitacja** – zaordynowane przez lekarza prowadzącego leczenie zabiegi medyczne, które mają na celu zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby Nowonarodzonego Dziecka oraz

przywrócenie go do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzone w Ośrodku Rehabilitacji, które rozpoczęły się w ciągu 12 pierwszych miesięcy życia tego Dziecka i zostały wykonane w trybie stacjonarnym (to jest wymagającym całodobowego pobytu we wspomnianym ośrodku) albo w trybie dziennym (to jest nie wymagającym całodobowego pobytu w takim ośrodku).

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest Rehabilitacja Nowonarodzonego Dziecka zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie, spowodowana zdiagnozowaniem u niego którejkolwiek z wymienionych poniżej chorób:
   1) dziecięce porażenie mózgowe (postacie spastyczne, wiotkie, z porażeniami w postaci monoplegii, diplegii, triplegi, tetraplegii);
   2) wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (przepukliny oponowo-rdzeniowe, rozszczep kręgosłupa, małogłowie, wodogłowie);
   3) wrodzone ubytki i deformacje kończyn;
   4) wrodzone wady rozwojowe wielu układów;
   5) wrodzone genetyczne zespoły aberracji chromosomów (zespół Downa, zespół Angelmana, zespół Dandy'ego-Walkera, zespół Canterella, zespół Marden-Walker, choroba Palizaeusa-Merzbachera, zepół Noonan, zespół Aperta, zespół Klinefeltera, zespół Turnera, zespół Marfana, zespół Pierre Robina, zespół Pradera, zespół Golz-Gorlin);
   6) następstwa chorób zapalnych oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego;
   7) dysfunkcje w następstwie uszkodzenia obwodowego układu nerwowego (uszkodzenie splotu barkowego, uszkodzenia nerwów obwodowych);
   8) choroby metaboliczne układu nerwowego;
   9) neuropatie (zespół Guillaina-Barrego, rdzeniowy zanik mięśni);
   10) miopatie (dystrofia mięśniowa Duchenne'a/Beckera);
   11) miastenie, zaburzenia napięcia mięśniowego, opóźnienie psychoruchowe, asymetria ułożeniowa u wcześniaków.
2. Jeżeli Uczestnik, który od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, złożył deklarację uczestnictwa przed upływem trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, należne mu świadczenie z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka w okresie pierwszych dziewięćdziesięciu dni obejmowania danego Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. „progresja") i wynosi: 10% świadczenia określonego zgodnie z § 6 ust. 4 od pierwszego do trzydziestego dnia, 40% świadczenia określonego zgodnie z § 6 ust. 4 od trzydziestego pierwszego do sześćdziesiątego dnia oraz 70% świadczenia określonego zgodnie z § 6 ust. 4 od sześćdziesiątego pierwszego do dziewięćdziesiątego; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia określonego zgodnie z § 6 ust. 4.
3. Jeżeli Uczestnik, który od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa w ramach Umowy Dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Postanowień ust. 3 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego Uczestnika do ubezpieczenia w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Przysługująca 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia wznowienia oferowanej Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 4.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 5.
OBOWIĄZKI

O przeprowadzonej Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia Rehabilitacji.

§ 6.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem §2 ust. 2 (tzw. „progresja"), przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka obowiązującej w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji tego Dziecka.
2. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka wypłacane jest Uczestnikowi nie wcześniej niż po zakończeniu stacjonarnego pobytu tego Dziecka w Ośrodku Rehabilitacyjnym lub zakończeniu zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzanych w takim ośrodku w trybie dziennym.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Dziecko Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Dziecka Uczestnika, a także pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.
4. Wysokość świadczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka zależy w następujący sposób od miejsca i trybu przeprowadzania Rehabilitacji:

1) w przypadku przeprowadzenia Rehabilitacji w trybie stacjonarnym dokonywana jest wypłata ryczałtu w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka, na podstawie karty wypisowej z Ośrodka Rehabilitacji (w tym z oddziału szpitalnego), dokumentującej stacjonarny pobyt tego Dziecka;
2) w przypadku przeprowadzenia Rehabilitacji w trybie dziennym dokonywana jest wypłata ryczałtu w wysokości 30% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka, na podstawie karty informacyjnej/zaświadczenia z Ośrodka Rehabilitacji (w tym z dziennego oddziału szpitalnego), dokumentującej leczenie tego Dziecka w trybie dziennym;
3) w przypadku, gdy w okresie 12 pierwszych miesięcy życia Dziecka przeprowadzono Rehabilitację w trybie dziennym oraz rozpoczęto Rehabilitację w trybie stacjonarnym, dokonywana jest wypłata ryczałtu z tytułu Rehabilitacji prowadzonej w Ośrodku Rehabilitacji w trybie dziennym w wysokości 30% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka oraz dodatkowo, po zakończeniu Rehabilitacji prowadzonej w trybie stacjonarnym, dokonywana jest wypłata kolejnego świadczenia równego 70% tej samej Sumy Ubezpieczenia.

5. Świadczenie (bądź świadczenia) wypłacone z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka nie może przewyższyć kwoty równej 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka obowiązującej w dacie zalecenia Rehabilitacji przez lekarza prowadzącego leczenie.

§ 7.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązywania od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO DLA DZIECKA „ZDROWE ŻYCIE" NR PGO/HD2/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz Dziecka, wskazane w części 3. Wykazu stanowiącego załącznik nr 1 do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej; niniejsza Umowa Dodatkowa przewiduje wyłącznie Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe (Dodatkowe Zdarzenia) typu 1;
   2) **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** – Dziecko własne Uczestnika lub Dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich), oraz Dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 19 roku życia, albo 25 roku życia pod warunkiem, że kontynuuje naukę;
   3) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   4) **Leczenie Szpitalne (Hospitalizacja)** – nieprzerwany pobyt Dziecka 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 Dziecko przebywało 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;
   5) **Nieprawidłowości Zdrowotne Występujące przed Przystąpieniem do Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia (Nieprawidłowości Zdrowotne)** – każda choroba Dziecka Uczestnika, która zgodnie z informacjami, które zostały umieszczone w dokumentacji medycznej Dziecka Uczestnika:
      a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, lub
      b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
      c) powodowała wystąpienie u Dziecka Uczestnika objawów (bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała) w okresie 6-ciu miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;
   6) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Dziecka;
   7) **Szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz Dziecka; 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;
   8) **Świadczenie Ryczałtowe** – świadczenie z tytułu Dodatkowego Zdarzenia typu 1;
   9) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   10) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, 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 niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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 Ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej jest operacyjne, zabiegowe lub związane z leczeniem zachowawczym postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie Hospitalizacji Dziecka rozpoczętej w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, dotyczącej Dziecka, zastosowane do określonej choroby lub urazu Dziecka będących przyczyną hospitalizacji 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.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie zajścia 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 jest równa Sumie Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.

3. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również Świadczenie Ryczałtowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe.

4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego Uczestnik może otrzymać co najwyżej po jednym Świadczeniu Ryczałtowym z tytułu każdego Dodatkowego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Dziecka w ramach jego Hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem oraz Świadczeń Ryczałtowych, związanych z takimi Zdarzeniami Ubezpieczeniowymi, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 niniejszego paragrafu. Postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz Dziecka 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.

7. Z zastrzeżeniem ust. 8, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie Hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce Hospitalizacja Dziecka 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.

8. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 7, wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.

9. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 7, oraz wyjątki, o których mowa w ust. 8, zostały określone w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych, odrębnie dla każdej z pozycji.

10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 7 i 8, nie dotyczą tych postępowań medycznych, które przeprowadzono na rzecz Dziecka w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem.

11. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.

12. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

13. Jeżeli wysokość przysługującej Uczestnikowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest do wysokości Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 12.

§ 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 późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa Uczestnika dotycząca Dziecka rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia lub dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Przysługująca 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej z dniem ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że przez okres pierwszych dziewięćdziesięciu dni ochrona ta ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w wyniku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. W razie ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej postanowienia § 2 ust. 11-13 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe powstanie:
   1) w związku ze spożyciem przez Dziecko alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Dziecko narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Dziecko alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko wskazań i zaleceń lekarskich dotyczących Dziecka, mającym potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka; w związku z dokonaniem przez Dziecko umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka HIV;

3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko Uczestnika, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Dziecko lub udziałem Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
6) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji państwowej;
7) w związku z takim pobytem Dziecka w Szpitalu, który miał wyłączenie charakter diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Dziecka;
8) jako bezpośredni lub pośredni skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko;
9) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej Dziecka Uczestnika zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z Nieprawidłowościami Zdrowotnymi. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej Ochrony Ubezpieczeniowej dotyczącej Dziecka udzielanej Uczestnikowi na podstawie niniejszej Umowy Dodatkowej, Dziecko w związku z daną chorobą lub urazem nie wymagało korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków, jak również nie oczekiwało na jakiekolwiek postępowanie medyczne związane z tą chorobą lub urazem.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz Dziecka, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli Ubezpieczający zmienił za zgodą Towarzystwa wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy na wyższą i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas z tytułu tego postępowania wypłacone zostanie świadczenie w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Dokumentację potwierdzającą Zdarzenia Ubezpieczeniowe oraz Dodatkowe Zdarzenia Ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
   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 Dziecka 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 Dziecka.
6. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Dziecko Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Dziecka Uczestnika, a także pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.
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.

§ 7.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WYKAZ NR 1/2018

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO DLA DZIECKA „ZDROWE ŻYCIE"
NR PGO/HD2/2018/1

Część 1			
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 miażdżystego leczona operacyjnie	7%
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%

CHOROBY NARZĄDU WZROKU			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 odpowie-dzialności	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 bębenkowej	3%
76	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%
77	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%
78	5 lat/5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%
79	5 lat	Choroba dziąsła, przyzębia leczone zachowawczo	4%
80	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej i liszaja płaskiego)	3%
81	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%
82	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%
83	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%
84	5 lat	Choroba gardła lub krtani leczona zachowawczo	3%
85	5 lat	Zapalenie nagłośni leczone zachowawczo	9%

86	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%
87	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%
88	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%
89	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%
90	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony zachowawczo	3%
91	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	4%
92	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%
93	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%
94	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%
95	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%
96	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%
97	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 leczona 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	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%
122	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%
125	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
126	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%
146	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%
147	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
148	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%
156	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
157	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową 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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej 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 przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową 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%
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 odpowie-dzialności	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 żylaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%
184	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%
185	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjne (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%

218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%
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 kręgów)	10%
283	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
284	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%
299	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%
300	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%
311	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%

312	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona 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 leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%
328	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%
329	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%

CHOROBY SKÓRY			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 leczona 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%
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	8%
342	5 lat	Choroba wynikająca z nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia oraz łuszczyca leczone zachowawczo	8%
343	5 lat	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%
344	5 lat	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%
345	5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	3%
346	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%
347	5 lat/5 lat	Choroba sutka leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%
348	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z wycięciem węzła chłonnego wartowniczego	6%
349	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%
350	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczony operacyjnie	8%
351	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%
352	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	9%

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 odpowie-dzialności	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 leczona zachowawczo	7%
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
379	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
380	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 odpowie-dzialności	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, elektrokauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%
407	5 lat/5 lat	Torbiel/nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
408	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
409	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%
410	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
411	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
412	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%

CHOROBY HEMATOLOGICZNE			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 chemio- i/lub radioterapii)	6%
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%

426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%

TRAUMATOLOGIA			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 wstrząśnieniem/wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%
438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%
440	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	16%
441	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo nie wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%
442	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	17%
443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%

Część 2			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowie-dzialności	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 uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA NR PGO/PDK/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Dziecko** – dziecko własne Uczestnika lub dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 19 roku życia, albo dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które nie ukończyło 25 roku życia pod warunkiem, że kontynuuje naukę;
   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 źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka Uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Dziecka Uczestnika;
   4) **Poważne Zachorowanie** – przewidziane w § 2 ust. 1 niniejszych Warunków Ogólnych schorzenie Dziecka, zawarte i zdefiniowane w Tabeli Poważnych Zachorowań Dziecka zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych;
   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, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, 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 niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.
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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego wariantu umowy, wystąpienie u Dziecka, któregokolwiek z następujących schorzeń:
   a) w wariancie I:
      1) Zapalenie Opon Mózgowych Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne;
      2) Zapalenie Mózgu Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne;
      3) Nowotwór Złośliwy;
      4) Łagodny Nowotwór Mózgu;
      5) Niewydolność Nerek;
      6) Przeszczep Narządu;
      7) Cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
      8) Schyłkowa Niewydolność Wątroby;
   b) w wariancie II:
      1) Bakteryjne Zapalenie Mózgu lub Opon Mózgowo-Rdzeniowych;
      2) Bakteryjne Zapalenie Wsierdzia;
      3) Ciężka Sepsa (Posocznica);
      4) Cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
      5) Łagodny Nowotwór Mózgu;
      6) Niedokrwistość Aplastyczna (Aplazja Szpiku);
      7) Niewydolność Nerek;
      8) Nowotwór Złośliwy;
      9) Nowotwór Złośliwy o Niskim Stopniu Zaawansowania i/lub Inwazyjności;
      10) Operacja Mózgu;
      11) Pourazowe Uszkodzenie Mózgu;
      12) Przeszczep Narządów;
      13) Ropień Mózgu z Utrzymującymi się Ubytkami Neurologicznymi;
      14) Rozległe Oparzenie;
      15) Schyłkowa Niewydolność Wątroby;
      16) Śpiączka;
      17) Tężec;
      18) Wirusowe Zapalenie Mózgu;
      19) Wścieklizna;
      20) Zakażenie Wirusem HIV/Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (AIDS) w wyniku Przetoczenia Krwi lub Preparatów Krwiopochodnych.
2. Dniem wystąpienia Poważnego Zachorowania u Dziecka jest:
   1) dzień zabiegu/operacji – w przypadku Operacji Mózgu,
   2) dzień zakwalifikowania Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Dziecko Uczestnika nie było 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: Nowotwór Złośliwy, Nowotwór Złośliwy o Niskim Stopniu Zaawansowania i/lub Inwazyjności,
   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: Ropień Mózgu z Utrzymującymi się Ubytkami Neurologicznymi, Rozległe Oparzenie, Zakażenie Wirusem HIV/Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (AIDS) w Wyniku Przetoczenia Krwi lub Preparatów Krwiopochodnych,
   5) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku Ciężkiej Sepsy (Posocznicy),Tężca i Wścieklizny,
   6) 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 Dziecka, a nie wymienionych w pkt. 1-5 powyżej.

3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, dotyczącej Dziecka – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania oraz określonemu w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań procentowi nie większemu niż wielkość, która wynika z różnicy stu procent i sumy procentów uznanych przy wcześniej wypłaconych świadczeniach z tej Umowy Dodatkowej.

4. W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa została zawarta w wariancie II i została dokonana wypłata świadczenia ubezpieczeniowego, a następnie nastąpiła zmiana wariantu Umowy Dodatkowej z wariantu II na wariant I, wypłata o której mowa powyżej spowoduje obniżenie wysokości kolejnego świadczenia wypłacanego z Umowy Dodatkowej o liczbę% Sumy Ubezpieczenia wcześniej wypłaconych.

5. W przypadku gdy wysokość Ochrony Ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą Główną Umową Ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu Uczestnikowi ponad Automatyczny Limit Akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w Warunkach Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych, ograniczeniu do Automatycznego Limitu Akceptacji z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka ulega również wysokość Sumy Ubezpieczenia przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej.

6. W razie, gdy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka, która zgodnie z zawartą Umową Dodatkową przysługiwałaby Uczestnikowi przekracza Automatyczny Limit Akceptacji z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w Głównej Umowie Ubezpieczenia.

7. Jeżeli wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez Uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do Automatycznego Limitu Akceptacji bądź wysokości ustalonej przez Towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej;

2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, to przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. „progresja") i wynosi: 10% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od pierwszego do sześćdziesiątego dnia, 40% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od sześćdziesiątego pierwszego do sto dwudziestego dnia oraz 70% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3 od stu dwudziestego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia – jednak nie więcej niż wysokość wyższej z kwot którymi są Automatyczny Limit Akceptacji oraz kwota 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) zł; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia określonego zgodnie z § 2 ust. 3. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

4. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej, dotycząca Dziecka Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia. ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku Poważnego Zachorowania spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem.

5. Przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa dotycząca Dziecka wygasa w dniu:
   1) wystąpienia Poważnego Zachorowania, którego wypłata powoduje, że suma procentów uznanych do naliczenia wszystkich wypłat świadczeń z tej Umowy Dodatkowej osiągnęła 100%;
   2) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   3) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   4) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   5) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.

6. Towarzystwo ponownie przyznaje, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka w chwili ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona z tytułu Umowy Dodatkowej w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zdarzeń będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku. W takim przypadku postanowienia § 2 ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli Poważne Zachorowanie Dziecka wystąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Dziecko alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Dziecko narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Dziecko alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Dziecko wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Dziecka; w związku z dokonaniem przez Dziecko umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Dziecka HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało Dziecko, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Dziecko czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Dziecka w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Dziecka w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Dziecko lub udziałem Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z udziałem Dziecka w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia lub w wyniku Wyczynowego lub Zawodowego uprawiania sportu przez Dziecko;
   7) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń objętych niniejszą Umową Dodatkową lub innych stanów chorobowych, które znalazły odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Dziecka i zostały rozpoznane lub leczone u Dziecka w okresie 5–ciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej wynikającej z Umowy Dodatkowej, do której Uczestnik przystępuje po raz pierwszy;
   8) jako bezpośredni lub pośredni skutek wad wrodzonych Dziecka;
   9) jako bezpośredni lub pośredni skutek bezprawnych działań osób pod opieką których pozostawało Dziecko.

2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania nastąpi śmierć Dziecka.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 6.
OBOWIĄZKI

O wystąpieniu Poważnego Zachorowania Dziecka Towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

§ 7.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem postanowienia par.3 ust. 3 (tzw. „progresja"), przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka 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 Dziecka w kolumnie nr 2 Tabeli Poważnych Zachorowań Dziecka, zamieszczonej w Załączniku nr 1 do niniejszych Warunków Ogólnych, procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka, określający wysokość świadczenia, przy czym każde kolejne, wypłacane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka jest procentem Sumy Ubezpieczenia określanym, z zastrzeżeniem postanowienia par.3 ust. 3 („progresja"), jako mniejsza z dwóch liczb: liczba procent Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka 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 niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Dziecka Uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Niezależnie od innych dokumentów odrębnie wskazanych Uczestnikowi przez Towarzystwo, najpóźniej w chwili zgłoszenia roszczenia, Uczestnik wnioskujący o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z Umowy Dodatkowej zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na przetwarzanie jego danych osobowych, udzielone przez Dziecko Uczestnika pisemne upoważnienie Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownictwa placówek zdrowia oraz lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji, w tym do przekazania kopii dokumentacji medycznej, dotyczących stanu zdrowia Dziecka Uczestnika, a także pisemną zgodę Dziecka Uczestnika na poddania się wskazanym przez Towarzystwo badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

§ 9.
ZAŁĄCZNIKI

Integralną częścią niniejszych OWU jest Załącznik nr 1 – Tabela Poważnych Zachorowań Dziecka.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA

1. TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DZIECKA

	1.	2.
lp.	Nazwa Poważnego Zachorowania Dziecka	Wysokość świadczenia jako% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka*
	WARIANT I	
1	Zapalenie Opon Mózgowych Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
2	Zapalenie Mózgu Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne	100%
3	Nowotwór Złośliwy	100%
4	Łagodny Nowotwór Mózgu	100%
5	Niewydolność Nerek	100%
6	Przeszczep Narządu	100%
7	Cukrzyca Typu 1 (insulinozależna)	100%
8	Schyłkowa Niewydolność Wątroby	100%
	WARIANT II	
1	Cukrzyca Typu 1 (insulinozależna)	100%
2	Łagodny Nowotwór Mózgu	100%
3	Niedokrwistość Aplastyczna (Aplazja Szpiku)	100%
4	Niewydolność Nerek	100%
5	Nowotwór Złośliwy	100%
6	Przeszczep Narządów	100%
7	Rozległe Oparzenie	100%
8	Schyłkowa Niewydolność Wątroby	100%
9	Śpiączka	100%
10	Pourazowe Uszkodzenie Mózgu	50%
11	Bakteryjne Zapalenie Mózgu lub Opon Mózgowo-Rdzeniowych	25%
12	Wirusowe Zapalenie Mózgu	25%
13	Ropień Mózgu z Utrzymującymi się Ubytkami Neurologicznymi	25%
14	Bakteryjne Zapalenie Wsierdzia	25%
15	Ciężka Sepsa (Posocznica)	25%
16	Tężec	25%
17	Wścieklizna	25%
18	Nowotwór Złośliwy o Niskim Stopniu Zaawansowania i/lub Inwazyjności	10%
19	Operacja Mózgu	25%
20	Zakażenie Wirusem HIV/Zespół Nabytego Upośledzenia Odporności (AIDS) w Wyniku Przetoczenia Krwi lub Preparatów Krwiopochodnych	25%

* z zastrzeżeniem postanowienia par. 3 ust. 3 („progresja")

2. Ilekroć w niniejszym załączniku, Warunkach Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Poważnego Zachorowania, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniem, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Bakteryjne Zapalenie Mózgu lub Opon Mózgowo-Rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

2) **Bakteryjne Zapalenie Wsierdzia** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

3) **Ciężka Sepsa (Posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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 zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

4) **Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – cukrzyca, wymagająca leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej sześciu miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa;

5) **Łagodny Nowotwór Mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

6) **Niedokrwistość Aplastyczna (Aplazja Szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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/mm^3;

   b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm^3;

   c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm^3.

   Dziecko musi być leczone przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Dziecka został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

7) **Niewydolność Nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – z towarzyszącymi bezwzględnymi 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;

8) **Nowotwór Złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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, radioterapią lub chemioterapią. 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 Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification);

   b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC;

   c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 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.

9) **Nowotwór Złośliwy o Niskim Stopniu Zaawansowania i/lub Inwazyjności** – guz o charakterze złośliwym nie naciekający lub naciekający okoliczne tkanki w sposób ograniczony – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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 Joint Committee on Cancer, 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 T1N0M0 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), śródnabłonkowe neoplazje, wszelkie nowotwory skóry (poza czerniakiem), rak skóry in situ, czerniak in situ nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

10) **Operacja Mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

11) **Pourazowe Uszkodzenie Mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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:

   a) uszkodzenia rdzenia kręgowego;

   b) zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu nie będące bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub będące skutkiem jakiejkolwiek choroby, w tym występującej nagle;

   c) sytuacje, gdy do powstania nieszczęśliwego wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Dziecka.

12) **Przeszczep Narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – Dziecku 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 któregokolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

13) **Ropień Mózgu z Utrzymującymi się Ubytkami Neurologicznymi** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej prowadzące do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

14) **Rozległe Oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

15) **Schyłkowa Niewydolność Wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
    a) trwała żółtaczka;
    b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
    c) encefalopatia wrotna;
    d) żylaki przełyku.

    Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

16) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

17) **Tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani) – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
    a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny);
    b) bolesne skurcze mięśni tułowia;
    c) 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;

18) **Wirusowe Zapalenie Mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

19) **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (Rabies virus) – w rozumieniu niniejszych Warunków Ogólnych – 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;

20) **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 Warunków Ogólnych – 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:
    a) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego;
    b) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia o niniejsze poważne zachorowanie;
    c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia;
    d) 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) Dziecko nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilię.

    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;

21) **Zapalenie Opon Mózgowych Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa, w tym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, i skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym trwającym przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy;

22) **Zapalenie Mózgu Powodujące Trwałe Ubytki Neurologiczne** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa i powodujące trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy.

1) Z zastrzeżeniem postanowienia par.3 ust. 3 Warunków Ogólnych (tzw. „progresja")

2) 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:
    a) 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,
    b) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
    c) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
    d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadawalającego poziomu higieny osobistej,
    e) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA I RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA WYMAGAJĄCEGO WZMOŻONEJ OPIEKI MEDYCZNEJ NR PGO/UDZ/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

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

1) **Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – Urodzenie się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej;

2) **Dziecko Wymagające Wzmożonej Opieki Medycznej** – Dziecko Uczestnika, które:
    a) uzyskało mniej niż 8 punktów w skali APGAR, lub
    b) urodziło się przedwcześnie, tj. przed końcem 36 tygodnia ciąży, lub
    c) miało niską urodzeniową masę ciała (poniżej 2500 g), lub
    d) u którego stwierdzono Wadę Wrodzoną Serca lub Układu Nerwowego;

3) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;

4) **Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego** – anatomiczne lub funkcjonalne nieprawidłowości występujące w obrębie serca lub

układu nerwowego, nabyte w okresie życia płodowego, zdiagnozowane do ukończenia przez Dziecko 12-ego miesiąca życia.

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych
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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest urodzenie się Dziecka Uczestnika w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej lub przysposobienie przez Uczestnika Dziecka w wieku poniżej dziesięciu lat w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. W przypadku przysposobienia, datą zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest data uprawomocnienia się orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka przez Uczestnika.
2. Na wniosek Ubezpieczającego, Ochrona Ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe polegające na urodzeniu się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej, zaistniałe w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.
3. Z zastrzeżeniem § 3 ust. 3, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
   1) w przypadku urodzenia się Dziecka Uczestnika w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka wskazanej w Umowie Dodatkowej oraz liczby dzieci, które w czasie jednego porodu urodzą się żywe, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 („progresja");
   2) w przypadku przysposobienia przez Uczestnika Dziecka w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka wskazanej w Umowie Dodatkowej oraz liczby dzieci, które zostaną przysposobione, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 („progresja");
   3) w przypadku urodzenia się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej – świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumie Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Uczestnika Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej albo jej wielokrotności, zgodnie z opisem wysokości świadczeń zawartym w Tabeli 1 poniżej, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 („progresja").

TABELA 1

Dodatkowe Zdarzenie Ubezpieczeniowe Powód, dla którego Dziecko Uczestnika wymaga wzmożonej opieki medycznej	Wysokość świadczenia w % Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej*
Niska ocena stanu zdrowia noworodka wg skali APGAR:	
1 – 4 punktów	300%
5 – 7 punktów	200%
Wcześniactwo – noworodek urodzony:	
przed początkiem 28 tygodnia ciąży	300%
pomiędzy początkiem 28 i końcem 32 tygodnia ciąży	200%
pomiędzy początkiem 33 i końcem 36 tygodnia ciąży	100%
Mała urodzeniowa masa ciała noworodka:	
Skrajnie mała masa ciała: do 999 g	300%
Bardzo mała masa ciała: 1000 g – 1499 g	200%
Mała masa ciała: 1500 g – 2499 g	100%
Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego	
Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego	500%

* z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 („progresja")

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa przed upływem trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia:
   1) wysokość świadczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Uczestnika w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. „progresja") i wynosi: 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka od pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia, 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka od dziewięćdziesiątego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia oraz 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka od sto osiemdziesiątego pierwszego do dwieście siedemdziesiątego dnia; po tym okresie świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka, również w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   2) w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa za przysposobienia Dziecka przez Uczestnika nie istnieje; po upływie okresu wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa za to Zdarzenie Ubezpieczeniowe wysokość świadczenia z tytułu przysposobienia Dziecka jest równa 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka, również w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) wysokość świadczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Uczestnika Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni obejmowania Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz z jego stażem w ubezpieczeniu („progresja") i wynosi: 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej od pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia, 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej od dziewięćdziesiątego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia oraz 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej od sto osiemdziesiątego pierwszego do dwieście siedemdziesiątego dnia; po tym okresie świadczenie jest równe 100% świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą nr 1 z § 2 ust. 3, również w przypadku przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
5. 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 4.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3 („progresja"), przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się odpowiednio wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej, obowiązujących w dniu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka Uczestnika lub przysposobienia przez Uczestnika Dziecka oraz świadczenie z tytułu urodzenia się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej wypłacane jest Uczestnikowi.
3. W przypadku wystąpienia u Dziecka, które urodziło się Uczestnikowi, więcej, niż jednego z następujących czynników decydujących o konieczności zastosowania wzmożonej opieki medycznej: niska punktacja Apgar, wcześniactwo, niska urodzeniowa masa ciała albo Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego, świadczenie przysługuje w wysokości wynikającej z tego spośród nich, który przewiduje najwyższą jego wysokość zgodnie z Tabelą 1 z § 2 ust. 3.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej nie jest należne, jeżeli Dziecko Uczestnika nie przeżyje pierwszych 30-tu dni od porodu.
5. Świadczenie z tytułu urodzenia się Uczestnikowi Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej nie zostanie wypłacone, jeśli matka Dziecka umyślnie przyczyniła się do stanu Dziecka, który skutkował będzie koniecznością zastosowania wzmożonej opieki medycznej z powodów wskazanych w Tabeli 1 z § 2 ust. 3.

§ 5.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA MARTWEGO DZIECKA LUB PORONIENIA NR PGO/ZNK/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się pojęcia „Główna Umowa Ubezpieczenia" należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie umowę zawartą na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest zaistniałe w życiu Uczestnika (jako przyszłej matki albo ojca dziecka) zdarzenie przedwczesnego zakończenia ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie (Poronienie) albo zgonu płodu w ustroju matki począwszy od 22 tygodnia ciąży (Urodzenie Martwego Dziecka).
2. Z zastrzeżeniem § 3 ust. 3, udzielana w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:
   1) w przypadku Urodzenia Martwego Dziecka, mającego miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia oraz liczby dzieci martwo urodzonych w czasie jednego porodu, albo
   2) w przypadku Poronienia, mającego miejsce w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia równego iloczynowi 10 (dziesięciu)% wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia oraz liczby martwych płodów.
3. Bez względu na czas zakończenia ciąży, świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone jeżeli Urodzenie Martwego Dziecka albo Poronienie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Uczestnikowi został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
3. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa przed upływem trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, wysokość świadczenia z tytułu Urodzenia Martwego Dziecka w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. „progresja") i wynosi: 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej od pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia, 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej od dziewięćdziesiątego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia oraz 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej od sto osiemdziesiątego pierwszego do dwieście siedemdziesiątego dnia, po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Poronienia rozpoczyna się od dwieście siedemdziesiątego pierwszego dnia stażu Uczestnika w ubezpieczeniu, a wysokość świadczenia z tego tytułu jest równa 10 (dziesięciu)% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej. Postanowień zdań poprzedzających nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia.
5. Przysługująca danemu Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielnej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
6. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 2, Ochronę Ubezpie-

czeniową z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 4.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach tej Umowy Dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia wypłacane jest Uczestnikowi.
3. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli matka dziecka umyślnie przyczyniła się do Urodzenia Martwego Dziecka albo do Poronienia.

§ 5.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI RODZICA NR PGO/ZRK/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   2) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych, jak również osoba, która pozostawała z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego i zmarła przed dniem zajścia tego Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
   3) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica, która to przyczyna zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli Rodzica;
   4) **Rodzic** – to jest:
      a) rodzic naturalny Uczestnika lub Małżonka Uczestnika, o ile do dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej,
      b) osoba która przysposobiła Uczestnika lub Małżonka Uczestnika,
      c) osoba, która od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej w ramach Umowy Dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych do dnia jej wygaśnięcia pozostawała w związku małżeńskim z rodzicem naturalnym Uczestnika lub Małżonka Uczestnika albo z osobą, która przysposobiła Uczestnika lub jego Małżonka; jeżeli jednak w okresie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej nastąpił zgon Rodzica naturalnego Uczestnika lub Rodzica naturalnego Małżonka Uczestnika albo osoby, która przysposobiła Uczestnika lub Małżonka Uczestnika, wymóg pozostawania w związku małżeńskim dotyczy okresu do daty zgonu;
      d) osoba, której status cywilny (wdowa/wdowiec) uzyskany po dacie zgonu, o której mowa powyżej, nie zmienił się w okresie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, o której mowa wyżej;
   5) **Śmierć Rodzica wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – śmierć Rodzica będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku;
   6) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   7) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   8) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
      a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
      c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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 Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej jest śmierć Rodzica.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu oraz § 3 ust. 3, udzielana Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci Rodzica w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego Sumie Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica, wskazanej w Umowie Dodatkowej.
3. Jeżeli Uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu Umowy Dodatkowej, w przypadku gdy Uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w Głównej Umowie Ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2, wyłącznie w przypadku Śmierci Rodzica Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpiecze-

niowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

3. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci Rodzica w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem Uczestnika w ubezpieczeniu (tzw. „progresja") i wynosi: 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica od pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia, 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica od dziewięćdziesiątego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia oraz 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica od sto osiemdziesiątego pierwszego do dwieście siedemdziesiątego dnia; po tym okresie świadczenie jest równe 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica. Postanowień zdania poprzedzającego nie stosuje się do przypadków przedłużenia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej w Umowie Dodatkowej na zasadach opisanych w Warunkach Ogólnych Głównej Umowy Ubezpieczenia.

4. Udzielana 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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej Rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej.

5. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa przysługująca Uczestnikowi z tytułu Umowy Dodatkowej, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 2 ust. 2, wyłącznie w przypadku Śmierci Rodzica wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Rodzica nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Śmierć Rodzica wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Rodzica alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Rodzica narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Rodzica alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Rodzica przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Rodzica wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Rodzica; w związku z dokonaniem przez Rodzica umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Rodzica HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Rodzic, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Rodzic był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Rodzica czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Rodzica w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Rodzica w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Rodzica lub udziałem Rodzica w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;

2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Rodzica nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Rodzica nastąpi:
   1) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Rodzica czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Rodzica w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Rodzica w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Rodzica przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Rodzica wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Rodzica; w związku z dokonaniem przez Rodzica umyślnego samouszkodzenia ciała; wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Rodzica; w wyniku zakażenia Rodzica HIV.

§ 5.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także Uczestnik zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem Umowy Dodatkowej lub objęciem Uczestnika Ochroną Ubezpieczeniową. Jeżeli Ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej.

§ 6.
USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem §3 ust. 3 („progresja"), przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Rodzica obowiązującej w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową w ramach Umowy Dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Uczestnikowi. Jeżeli Uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci Rodzica, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Rodzica, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

§ 7.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT I NR PGO/AS1/2016/1

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 Opiekun nr PGO/2017/1 lub PGO/2018/1.

§ 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 – AGA International SA Oddział w Polsce 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) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
   4) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
   5) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika, wymagający pomocy lekarskiej, zaistniały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
   7) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający uczestnikowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
   8) **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;
   9) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   10) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górska 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;
   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;
   12) **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.
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 udzielaniu uczestnikowi zdrowotnych usług informacyjnych;
   4) świadczenia polegające na udzielaniu uczestnikowi informacji dostępnych w ramach infolinii „Baby Assistance".
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 12 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 12 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 12 ppkt a lub b uczestnik przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
   4) transport medyczny między placówkami medycznymi w przypadku gdy placówka, w której przebywa uczestnik w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt a lub b, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; lub gdy uczestnik, skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta według lekarza centrum operacyjnego uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

5) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

7) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 12 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:

1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;

2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;

3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;

4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;

5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;

6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;

7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;

8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;

9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;

10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);

11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;

12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;

13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;

14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.

5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance" do informacji o:

1) objawach ciąży;

2) badaniach prenatalnych;

3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;

4) szkołach rodzenia;

5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;

6) karmieniu noworodka;

7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;

8) pielęgnacji noworodka.

6. Informacje, o których mowa w ust. 4 i 5 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.

7. Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

8. Limit na świadczenia, o których mowa w ust. 3 wynosi łącznie 3000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia.

9. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w niniejszym paragrafie decyduje lekarz centrum operacyjnego.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;

2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego;

2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:

1) rozwiązanie umowy dodatkowej;

2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;

3) przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:

a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;

b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

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

§ 4.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) kosztów poniesionych przez uczestnika bez uprzedniego powiadomienia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;

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) pozostawania uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
d) chorób psychicznych;
e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez uczestnika czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
f) uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
g) wyczynowego uprawiania sportu;
h) zawodowego uprawiania sportu;
i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
j) poddania się przez uczestnika leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
m) chorób przewlekłych.

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

§ 5.
POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, uczestnik jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę, 365 dni w roku.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko;
   b) numer PESEL;
   c) adres zamieszkania;
   d) numer polisy;
   e) okres ubezpieczenia;
   f) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
   g) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   h) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Uczestnik zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. Centrum operacyjne przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej uczestnika oraz po wypełnieniu przez uczestnika obowiązków określonych w ustępach powyższych.
5. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń centrum operacyjne będzie niezwłocznie informować uczestnika.
6. W przypadku gdy uczestnik nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 niniejszego paragrafu, 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, 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 6 i 7– datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 6.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

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

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT II NR PGO/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 Opiekun nr PGO/2017/1 lub PGO/2018/1.

§ 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 – AGA International SA Oddział w Polsce 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) **nagłe 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 górska 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 zajścia 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:

a) zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania uczestnika przez okres maksymalnie 5 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Towarzystwo dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt;
b) transport osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu osoby wyznaczonej do opieki nad zwierzętami domowymi do miejsca zamieszkania uczestnika.

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

7) dostarczenie do miejsca pobytu uczestnika leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy uczestnik w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

9) organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu uczestnika do łącznej kwoty 800 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

10) organizacja procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b uczestnik, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej Towarzystwo zapewnia:

a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu uczestnika do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, albo
b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu uczestnika do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 1500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

11) wizyta pielęgniarki – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki;

12) opieka domowa – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt b był hospitalizowany przez okres minimum trzech dni oraz gdy istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej w miejscu pobytu uczestnika, po zakończeniu hospitalizacji, przez okres maksymalnie 5 dni. Opieka domowa obejmuje takie świadczenia jak: podawanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, pomoc w robieniu zakupów, pomoc w robieniu porządków oraz pomoc w zakresie higieny osobistej;

13) opieka pielęgniarki w szpitalu – w sytuacji gdy uczestnik na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b przebywa w placówce medycznej i wymaga całodobowego nadzoru pielęgniarki, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki w placówce medycznej do łącznej kwoty 300 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługa jest realizowana jeśli placówka medyczna, w której przebywa uczestnik wyrazi zgodę na opiekę pielęgniarki;

14) pomoc medyczna za granicą – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt a lub b poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania uczestnika, Towarzystwo gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu uczestnika oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 Euro. Uczestnik ma prawo skorzystać ze świadczenia jeden raz w ciągu jednego roku ubezpieczenia. Centrum operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.

4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 3 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:

1) pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem;

2) zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszania uczestnika w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Towarzystwo pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:

a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia;
b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
c) porady w razie problemów z laktacją;
d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu;
e) informacja o zakresie szczepień ochronnych.

5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 4 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka uczestnika:

1) opieka nad dziećmi uczestnika w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku – w przypadku potwierdzonej przez lekarza choroby dziecka lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka uczestnika, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem uczestnika przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu jednego roku ubezpieczenia na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy uczestnik nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;

2) organizacja pobytu uczestnika bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka – w sytuacji gdy dziecko uczestnika jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie

kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 5, Towarzystwo zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa. Na prośbę uczestnika Towarzystwo zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 6, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi:
   1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
   2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
   3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
   4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
   5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
   6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
   7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli uczestnikowi ustnej informacji co do dalszego postępowania;
   8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
   9) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
   10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa);
   11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
   12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
   13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
   14) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.
8. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 7, Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance" do informacji o:
   1) objawach ciąży;
   2) badaniach prenatalnych;
   3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
   4) szkołach rodzenia;
   5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
   6) karmieniu noworodka;
   7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
   8) pielęgnacji noworodka.
9. Informacje, o których mowa w ust. 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.
10. W ramach świadczeń, wymienionych w ust 2 pkt 8, Towarzystwo gwarantuje rodzicowi uczestnika organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
    1) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej pięciu dni (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego;
    2) osobisty asystent – zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi uczestnika podczas transportu medycznego do i z placówki medycznej oraz będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w placówce medycznej (pomoc przy rejestracji oraz wypisie ze szpitala). Usługa ta świadczona jest maksymalnie 1 raz w ciągu danego roku ubezpieczeniowego.
11. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 2 pkt 9 Towarzystwo gwarantuje uczestnikowi organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:
    1) pomoc psychologa – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14, centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Termin i miejsce wizyty uzgadniane jest z uczestnikiem;
    2) pakiet informacyjny – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez uczestnika kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 wysyła do uczestnika zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
       a) instrukcje dotyczące pisania życiorysu wraz ze wzorem;
       b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (dane nt. zakresu, treści oraz sposobu przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
       c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu;
    3) infolinia pracownicza – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 1 pkt 18 ppkt d uczestnik, przy zachowaniu postanowień ust. 13 i 14 ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do następujących informacji:
       a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
       b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
       c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
       d) rejestracja w urzędzie pracy;
       e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
       f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
       g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
       h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
       i) dane teleadresowe 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 dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego,
   b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 10 dnia miesiąca kalendarzowego,
   b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 11 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
   1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
   2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
   3) przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

   W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:
   a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 1 a 10 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
   b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 11 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.

   Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zdarzenia, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18 d wygasa z upływem sześciu miesięcy od dnia, w którym uczestnik otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę, pod warunkiem zachowania terminów, o których mowa w § 2 ust. 13.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 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) pozostawania uczestnika pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia;
      d) chorób psychicznych;
      e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez uczestnika czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
      f) uprawiania zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia;
      g) wyczynowego uprawiania sportu;
      h) zawodowego uprawiania sportu;
      i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
      j) poddania się przez uczestnika leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
      k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
      l) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
      m) chorób przewlekłych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożliwość wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Towarzystwa: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnymi okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

§ 5.
POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

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

8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 7, rozumie się:
   1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 i 4 – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
   2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3 – datę wypisu ze szpitala;
   3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 8, 9, i 10 – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 6.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

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

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE – WARIANT III NR PGO/AS3/2017/1

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 Opiekun nr PGO/2017/1 lub PGO/2018/1.

§ 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 Operacyjn**e – AWP P&C SA Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B (02-672), działający na zlecenie Towarzystwa, któremu uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić szkodę pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
   2) **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy uczestnika, współmałżonka lub dziecka, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem; choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
   3) **dziecko** – własne lub przysposobione dziecko uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
   4) **hospitalizacja** – będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania nieprzerwany pobyt uczestnika lub współmałżonka lub dziecka w szpitalu trwający dłużej niż jeden dzień; w rozumieniu OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym uczestnik lub dziecko lub współmałżonek przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w księdze głównej, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
   5) **lekarz centrum operacyjnego** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
   6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz prowadzący leczenie uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, niebędący osobą bliską uczestnika, ani lekarzem centrum operacyjnego;
   7) **lekarz specjalista** – w rozumieniu OWU: internista, specjalista medycyny rodzinnej, pediatra, ginekolog, dermatolog, pulmonolog, chirurg, ortopeda, laryngolog, okulista, neurolog, kardiolog;
   8) **miejsce zamieszkania** – wskazany przez uczestnika adres jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   9) **nagłe zachorowanie** – powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
   10) **nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego uczestnik lub współmałżonek lub dziecko w sposób niezależny od własnej woli, doznali uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
   11) **okres ochrony ubezpieczeniowej** – wskazany w OWU okres, na jaki udzielono ochrony ubezpieczeniowej uczestnikowi;
   12) **osoba bliska uczestnika** – współmałżonek, dziecko, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;
   13) **osoba niesamodzielna** – osoba bliska uczestnika, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki, sprawowanej przez uczestnika;
   14) **OWU** – niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia Assistance wariant III;
   15) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   16) **Program Assistance III** – odrębna umowa ubezpieczenia, stanowiąca opcjonalne rozszerzenie zakresu niniejszej umowy dodatkowej, w której przedmiotem ubezpieczenia jest awaria lub zdarzenie losowe, które wystąpiło w miejscu zamieszkania uczestnika, uprawniające do skorzystania z usług pomocy domowej, a ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne;
   17) **roczne okresy ochrony ubezpieczeniowej** – następujące po sobie, 12–to miesięczne okresy udzielania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej, z których pierwszy rozpoczyna się w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej;
   18) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Towarzystwo lub opóźnienie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego w centrum operacyjnym;
   19) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie, do którego zalicza się wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
   20) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
   21) **transport medyczny** – transport zapewniony uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, dostosowany do ich stanu zdrowia i świadczony, jeżeli ich stan zdrowia, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego, przy czym za transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
   22) **trudna sytuacja losowa** – urodzenie martwego dziecka lub poronienie przez uczestnika lub współmałżonka; śmierć: dziecka, współmałżonka, rodzica uczestnika lub rodzica współmałżonka, a także ciężkie zachorowanie ww. osób lub samego uczestnika;
   23) **uczestnik** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia;
   24) **usługi assistance** – usługi polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie OWU;
   25) **współmałżonek** – osoba, która z uczestnikiem pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba fizyczna wskazana przez uczestnika żyjąca z nim w jednym gospodarstwie domowym i pozostająca z nim w związku partnerskim;
   26) **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;

27) **zaburzenie psychiczne** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);

28) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górska 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;

29) **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.

30) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nagłe zachorowanie, nieszczęśliwy wypadek lub trudna sytuacja losowa;

31) **zwierzę domowe** – pies lub kot, zwyczajowo mieszkający z uczestnikiem w miejscu zamieszkania, utrzymywany w celach niezwiązanych z wykonywaną działalnością gospodarczą lub profesjonalną.

2. 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.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest zdarzenie w życiu uczestnika polegające na nagłym zachorowaniu albo nieszczęśliwym wypadku uczestnika, współmałżonka lub dziecka albo na wystąpieniu trudnej sytuacji losowej uprawniające do skorzystania z usług pomocy medycznej;
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, w razie wystąpienia w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie, z zastrzeżeniem treści § 5.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wskazane niżej usługi:

1) infolinia medyczna;
2) wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej;
3) transport medyczny do przychodni;
4) transport medyczny do szpitala;
5) transport medyczny z przychodni;
6) transport medyczny ze szpitala;
7) transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi;
8) wizyta pielęgniarki;
9) dostarczenie leków;
10) organizacja rehabilitanta/organizacja procesu rehabilitacji;
11) organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie;
12) dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych;
13) pomoc domowa po hospitalizacji;
14) opieka pielęgniarki w domu po hospitalizacji;
15) opieka nad dziećmi;
16) opieka nad osobami niesamodzielnymi;
17) opieka nad zwierzętami domowymi podczas hospitalizacji;
18) infolinia baby assistance;
19) wizyta położnej;
20) pobyt opiekuna dziecka w szpitalu;
21) korepetycje dla dzieci;
22) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej.

4. Zobowiązanie Towarzystwa do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy medycznej, odpowiednio w przypadku każdej z usług wymienionych w ust. 3 opisano niżej.

4.1. Infolinia medyczna

W ramach infolinii medycznej centrum operacyjne zapewni uczestnikowi lub współmałżonkowi lub pełnoletniemu dziecku:

a) możliwość konsultacji telefonicznej z lekarzem centrum operacyjnego;
b) dostęp do danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
c) informacje na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami;
d) dostęp do informacji na temat niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych;
e) dostęp do informacji na temat zdrowego żywienia;
f) dostęp do danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

4.2. Wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej

4.2.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali wizyty u lekarza specjalisty, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie będzie konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

4.2.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.3. Transport medyczny do przychodni lub do szpitala, z przychodni i ze szpitala oraz pomiędzy placówkami medycznymi

4.3.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego leczenie, wizyty w przychodni lub pobytu w szpitalu, lub będą przebywali w placówce medycznej, która nie będzie odpowiadała wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia oraz gdy zostaną skierowani przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego do przychodni lub do szpitala, z przychodni lub ze szpitala oraz pomiędzy placówkami medycznymi, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego.

4.3.2. Centrum operacyjne pokrywa koszt transportu medycznego, o którym mowa powyżej, w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla transportów związanych z jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym.

4.4. Wizyta pielęgniarki

4.4.1. Jeżeli stan zdrowia uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, w opinii lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagał wizyty pielęgniarki, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.

4.4.2. Centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

4.5. Dostarczanie leków

4.5.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będą wymagali leżenia, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.

4.5.2. Centrum operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.

4.5.3. Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty leków pokrywa uczestnik.

4.6. Organizacja rehabilitanta/organizacja procesu rehabilitacyjnego

4.6.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą wymagali, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne zapewni: zorganizowanie wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania uczestnika lub współmałżonka lub dziecka, lub zorganizowanie transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.

4.6.2. Centrum operacyjne pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

4.7. Organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie

4.7.1. Jeżeli uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zostanie zalecone przez lekarza prowadzącego leczenie używanie sprzętu rehabilitacyjnego, centrum operacyjne zapewni podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztu transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania.

4.7.2. Centrum operacyjne pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa uczestnik.

4.8. Dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych

4.8.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będą wymagali leżenia, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia posiłków/artykułów spożywczych do miejsca pobytu uczestnika lub współmałżonka lub dziecka.

4.8.2. Centrum operacyjne pokrywa koszty dostarczenia posiłków/artykułów spożywczych do łącznej kwoty 300 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Koszty posiłków/artykułów spożywczych pokrywa uczestnik.

4.9. Pomoc domowa po hospitalizacji

4.9.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni, centrum operacyjne po zakończeniu tej hospitalizacji zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej po hospitalizacji.

4.9.2. Centrum operacyjne pokrywa koszt pomocy domowej po hospitalizacji do kwoty 200 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

4.9.3. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, a także wykonywaniu drobnych porządków domowych (w tym odkurzania i mycia podłóg). w zakres usługi nie wchodzi mycie okien lub przesuwanie mebli.

4.10. Opieka pielęgniarki w domu po hospitalizacji;

4.10.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 3 dni, centrum operacyjne po zakończeniu tej hospitalizacji zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarki w domu po hospitalizacji.

4.10.2. Centrum operacyjne pokrywa koszt opieki pielęgniarki w domu po hospitalizacji do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

4.11. Opieka nad dziećmi

4.11.1. w przypadku hospitalizacji uczestnika lub współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, dłuższej niż 3 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi niepełnoletnimi w miejscu ich pobytu.

4.11.2. Opieka nad dziećmi niepełnoletnimi jest realizowana na wniosek uczestnika i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu ich pobytu (zgodnie z deklaracją uczestnika), nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.

4.11.3. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi niepełnoletnimi do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) zdarzeń ubezpieczeniowych w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.12. Opieka nad osobami niesamodzielnymi

4.12.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek, w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, będą hospitalizowani przez okres dłuższy niż 3 dni lub w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza szpitalem, wymagającego leżenia, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania.

4.12.2. Usługa jest realizowana do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

4.12.3. Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest realizowana na wniosek uczestnika, za jego pisemną zgodą oraz zgodą osób na rzecz których świadczona ma być taka opieka (jeżeli posiadają one pełną zdolność do czynności prawnych) lub ich opiekuna prawnego (jeżeli nie posiadają one pełnej zdolności do czynności prawnych).

4.13. Opieka nad zwierzętami domowymi podczas hospitalizacji

4.13.1. Jeżeli centrum operacyjne otrzyma potwierdzenie ze szpitala o przewidywanej hospitalizacji uczestnika lub współmałżonka lub dziecka dłuższej niż 3 dni w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, centrum operacyjne zorganizuje opiekę nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania i pokryje jej koszty, albo zorganizuje przewóz zwierząt domowych do osoby wyznaczonej przez uczestnika do opieki lub do placówki, wskazanej przez uczestnika i pokryje koszt przewozu i opieki.

4.13.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty powyższych usług przez okres maksimum 5 dni do kwoty 250 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne zorganizuje opiekę w placówce na koszt uczestnika.

4.13.3. Powyższe świadczenia będą realizowane pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o obowiązkowych szczepieniach profilaktycznych zwierząt.

4.14. Infolinia baby assistance

W ramach infolinii baby assistance centrum operacyjne zapewnia uczestnikowi lub współmałżonkowi lub pełnoletniemu dziecku dostęp do informacji dotyczących:

a. objawów ciąży;
b. badań prenatalnych;
c. wskazówek w zakresie przygotowań do porodu;
d. danych teleadresowych szkół rodzenia;
e. pielęgnacji w czasie ciąży i w połogu;
f. karmienia noworodka;
g. obowiązkowych szczepień dzieci;
h. opieki i pielęgnacji niemowlęcia.

4.15. Wizyta położnej

4.15.1. w przypadku narodzin dziecka, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdów i honorariów położnej do miejsca zamieszania dziecka w okresie 3 miesięcy po wyjściu matki ze szpitala. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem 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. edukację w zakresie szczepień ochronnych.

4.15.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty wizyty położnej do kwoty 250 zł, jeden raz na każdy poród w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.16. Pobyt opiekuna w szpitalu

4.16.1. w przypadku hospitalizacji niepełnoletniego dziecka w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dłuższej niż 3 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu jednego z opiekunów prawnych niepełnoletniego dziecka w szpitalu (o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych) lub w hotelu przyszpitalnym maksymalnie do 6 dni.

4.16.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna w szpitalu do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego danego dziecka w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.17. Korepetycje dla dzieci

4.17.1. W przypadku hospitalizacji niepełnoletniego dziecka w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, dłuższej niż 5 dni, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty korepetycji dla dzieci w miejscu pobytu niepełnoletniego dziecka, w okresie maksymalnie 90 dni od daty końcowej hospitalizacji.

4.17.2. Centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty korepetycji dla dzieci do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego danego dziecka w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.18. Pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej

4.18.1. Jeżeli uczestnik lub współmałżonek lub dziecko znajdą się w trudnej sytuacji losowej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa.

4.18.2. Centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej do kwoty 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe i do maksymalnie sześciu sesji związanych z trudną sytuacją losową.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
   2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
   2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
   1) rozwiązanie umowy dodatkowej;
   2) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
   3) przypisanie uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

   W przypadkach wskazanych w pkt 1-3 ochrona wygasa odpowiednio:
   a) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
   b) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w pkt 1-3 miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach opisanych w ust. 1.

§ 4.
OGRANICZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA DOTYCZĄCE USŁUG POMOCY MEDYCZNEJ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
   1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa uczestnika;
   2) umyślnego popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych (dotyczy uczestnika);
   3) zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
   4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez uczestnika;
   5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
   6) nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku oraz ich następstw, które wystąpiły przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
   7) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
   8) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
   9) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
   10) wad wrodzonych;
   11) zarażenia się HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
   12) chorób przewlekłych;
   13) nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
   14) leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba że było ono zalecone przez lekarza centrum operacyjnego;
   15) udziału uczestnika w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez uczestnika;
   16) opóźnienia świadczenia Towarzystwa wskutek strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego;
   17) opóźnienia świadczenia Towarzystwa wskutek siły wyższej;
   18) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
   19) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
   20) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia;
   21) zaburzeń psychicznych.
2. Przedmiotem odpowiedzialności Towarzystwa nie są koszty:
   1) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
   2) ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
   3) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego;
   4) leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
   5) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych;
   6) świadczeń i usług medycznych w następstwie nagłych zachorowań lub nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
   7) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
3. Limit kwotowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy medycznej udzielanej przez centrum operacyjne jest realizowany do wysokości określonej w Tabeli nr 1 (poniżej) i odnosi się do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ochrony ubezpieczeniowej, natomiast określony w poniższej tabeli limit ilościowy usług assistance przysługujących w każdym rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej, dotyczy odrębnie uczestnika, małżonka oraz każdego dziecka, o ile dostęp uczestnika, małżonka lub dziecka do tej usługi assistance przewidziany jest w OWU.

TABELA NR 1:

Zakres udzielanej pomocy medycznej	Dotyczący danej usługi limit jej kosztu związanego z jednym zdarzeniem oraz roczny limit liczby usług możliwych do uzyskania w każdym rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
infolinia medyczna	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta u lekarza specjalisty w placówce medycznej	300 zł/maksimum 1 raz rocznie
transport medyczny do przychodni	1 200 zł (łącznie na wszystkie usługi przypadające na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe)
transport medyczny do szpitala	
transport medyczny z przychodni	
transport medyczny ze szpitala	
transport pomiędzy placówkami medycznymi	
wizyta pielęgniarki	200 zł
dostarczanie leków	300 zł
organizacja rehabilitanta/organizacja procesu rehabilitacyjnego	500 zł
organizacja wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i jego dostarczenie	200 zł
dostarczenie posiłków/artykułów spożywczych	300 zł
pomoc domowa po hospitalizacji	200 zł
opieka pielęgniarki w domu po hospitalizacji	250 zł
opieka nad dziećmi	250 zł/maksimum 2 razy rocznie
opieka nad osobami niesamodzielnymi	250 zł
opieka nad zwierzętami domowymi podczas hospitalizacji	250 zł
infolinia baby assistance	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta położnej	250 zł/maksimum 1 raz rocznie (na każde nowonarodzone dziecko)
pobyt opiekuna w szpitalu	500 zł/maksimum 1 raz rocznie (na każde niepełnoletnie dziecko)
korepetycje dla dzieci	500 zł/maksimum 1 raz rocznie (na każde niepełnoletnie dziecko)
pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	500 zł/maksimum 6 sesji na zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 5.
LIMITY KORZYSTANIA Z USŁUG ASSISTANCE

Z uwzględnieniem zapisów określonych w § 4 Towarzystwo w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizuje dostęp do każdej z usług assistance wchodzących w zakres ubezpieczenia pomocy medycznej, przy czym w każdym rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z niniejszej umowy dodatkowej oraz z Programu Assistance III, o ile uczestnik jest objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z tego programu, koszt wykonania 9 (dziewięciu) usług assistance ponosi Towarzystwo, a pozostałych – uczestnik.

§ 6.
PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia w centrum operacyjnym zdarzenia ubezpieczeniowego począwszy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Uczestnik zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego.
3. Uczestnik ma obowiązek poinformowania Towarzystwa o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia (miejsce zamieszkania, adres zamieszkania, adres korespondencji, zmiana nazwiska).
4. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie trwania ubezpieczenia. w tym celu uczestnik powinien złożyć ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować uczestnika oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną. w przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji, ochrona ubezpieczeniowa kończy się 30. dnia licząc od dnia, w którym rezygnacja wpłynęła do ubezpieczającego.

§ 7.
SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu, niezwłocznie po powzięciu informacji o powstaniu szkody lub o zaistnieniu konieczności skorzystania z usługi assistance, ma obowiązek powiadomić o niej centrum operacyjne, pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
2. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, uczestnik lub inna osoba upoważniona jest zobowiązana skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym i podać:
   a) imię i nazwisko, nr pesel uczestnika;
   b) informację, jaka umowa ubezpieczenia została zawarta na jego rzecz;
   c) miejsce zamieszkania;
   d) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą;
   e) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
   f) adres korespondencyjny.
3. W przypadku, gdy uczestnik nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, Towarzystwo ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody lub możliwość jej ustalenia, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania udokumentowanej siły wyższej.
4. W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez uczestnika pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesienia kosztów.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez uczestnika bez powiadomienia centrum operacyjnego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Towarzystwo jest zobowiązane wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie niniejszych warunków ogólnych w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
7. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie 30 dni.
8. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich.
9. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy uczestnika.

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczającemu, uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy grupowego ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercom przysługuje prawo do wnioskowania o pozasądowe rozstrzygnięcie sporu z Towarzystwem przez Rzecznika Finansowego.
2. Do realizacji postanowień OWU w imieniu i na rachunek Towarzystwa uprawnione jest centrum operacyjne.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
4. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.

5. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Towarzystwem, ubezpieczającym, uczestnikiem, uprawnionym z umowy grupowego ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercami jest język polski.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy grupowego ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd powszechny. Uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy grupowego ubezpieczenia oraz ich spadkobiercom przysługuje prawo wyboru sądu właściwego według przepisów o właściwości ogólnej, tj. sądu właściwego dla siedziby Towarzystwa albo sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika, uprawnionego z umowy grupowego ubezpieczenia albo ich spadkobiercy.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia przyjęte zostały Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 30 listopada 2016 roku, z mocą obowiązującą od dnia1 stycznia 2017 r.

Informacja o postanowieniach z wzorca umowy: Warunki Szczególne Programu Assistance III sygnatura nr WS/PAS3/2017/1

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 5 § 7 ust. 3-5

WARUNKI SZCZEGÓLNE PROGRAMU ASSISTANCE III SYGNATURA NR WS/PAS3/2017/1

Niniejsze warunki szczególne stosuje się wyłącznie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Program Assistance III" zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA a AWP P&C SA Oddział w Polsce, stanowiącej opcjonalne uzupełnienie zakresu umów dodatkowych ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III w umowach grupowego ubezpieczenia na życie oraz grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawieranych przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1, PGO/2018/1 lub Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2017/1, których zakres został rozszerzony o usługi assistance oferowane na podstawie Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III Nr PGO/AS3/2017/1 albo Nr PGOF/AS3/2017/1.

§1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach szczególnych, zawartej na ich podstawie umowie Program Assistance III 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) **awaria** – spowodowane wewnętrznie uszkodzenie sprzętu agd/rtv lub sprzętu komputerowego lub urządzenia mobilnego uniemożliwiające jego prawidłowe funkcjonowanie, które nie jest skutkiem użytkowania niezgodnego z instrukcją obsługi oraz nie jest spowodowane bezpośrednim działaniem człowieka;
   2) **akt wandalizmu** – umyślne zniszczenie lub uszkodzenie ubezpieczonego mienia przez osobę trzecią;
   3) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B (02-672), której uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić szkodę pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35;
   4) **dziecko** – własne lub przysposobione dziecko uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
   5) **główna umowa ubezpieczenia** – zawarta na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2017/1, PGO/2018/1 lub Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr PGOF/2017/1 umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
   6) **gwarancja producenta** – gwarancja udzielona przez producenta, importera lub autoryzowanego dystrybutora sprzętu AGD/RTV lub sprzętu komputerowego lub urządzenia mobilnego;
   7) **miejsce zamieszkania** – wskazany przez uczestnika adres jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   8) **nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego uczestnik lub współmałżonek lub dziecko w sposób niezależny od własnej woli, doznali uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo zwierzę domowe doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
   9) **okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres ochrony ubezpieczeniowej oferowanej uczestnikowi w ramach umowy Program Assistance III, zawartej na podstawie niniejszych warunków szczególnych;
   10) **pomoc domowa** – usługi assistance wskazane w § 2 ust. 3, organizowane przez centrum operacyjne w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) **roczne okresy ochrony ubezpieczeniowej** – następujące po sobie, 12–to miesięczne okresy udzielania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej, z których pierwszy rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do Programu Assistance III;
   12) **siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela lub opóźnienie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego w centrum operacyjnym;
   13) **sprzęt AGD/RTV** – kuchnia gazowa i elektryczna, płyta elektryczna, płyta gazowa, płyta indukcyjna, piekarnik, pralka, pralko-suszarka, elektryczna suszarka ubraniowa, chłodziarka, chłodziarko-zamrażarka, zamrażarka, zmywarka, odbiornik radiowy, odbiornik telewizyjny, zakupione jako nowe, znajdujące się w miejscu zamieszkania, nie starsze niż 5-letnie, zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej, wykorzystywane wyłącznie do użytku domowego, których pierwszym użytkownikiem jest uczestnik, z wyłączeniem sprzętu objętego gwarancją producenta;
   14) **sprzęt komputerowy** – komputer stacjonarny lub laptop, zakupione jako nowe, znajdujące się w miejscu zamieszkania, posiadające numer IMEI lub numer seryjny, zasilane wyłącznie z sieci elektrycznej (z wyłączeniem laptopa), stanowiące własność uczestnika, których wiek nie przekracza 4 lat, o ile nie są wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej, z wyłączeniem urządzeń objętych gwarancją producenta;
   15) **ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
   16) **ubezpieczyciel** – AWP P&C SA Oddział w Polsce;
   17) **ubezpieczone mienie** – rzeczy ruchome znajdujące się w miejscu zamieszkania, tj.:
      1) odzież i inne przedmioty osobistego użytku;
      2) sprzęt sportowy i turystyczny;
      3) sprzęt ogrodniczy, narzędzia i elektronarzędzia ogrodowe;
      4) wózki inwalidzkie niepodlegające rejestracji oraz sprzęt medyczny i rehabilitacyjny;
      5) kojce i wózki dziecięce;
      6) meble (także zamontowane na stałe lub wbudowane);
      7) sprzęt zmechanizowany gospodarstwa domowego – AGD (także zamontowany na stałe lub wbudowany);
      8) sprzęt oświetleniowy;
      9) sprzęt audiowizualny, z wyjątkiem anten telewizyjnych i anten radiowych;
      10) sprzęt fotograficzny, sprzęt optyczny, sprzęt elektroniczny, telefony komórkowe, komputery przenośne, komputery stacjonarne wraz z urządzeniami wchodzącymi w skład lub współpracującymi

z komputerami stacjonarnymi, palmtopy, tablety, przenośne urządzenia do nawigacji satelitarnej, konsole do gier;

11) biżuteria, zegarki, wyroby ze złota, srebra, kamieni szlachetnych i pereł, a także platyny i pozostałych metali z grupy platynowców;

12) gotówka, z wyłączeniem monet kolekcjonerskich;

18) **uczestnik** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, w której zakres włączone zostały usługi assistance oferowane na podstawie Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III Nr PGO/AS3/2017/1 albo Nr PGOF/AS3/2017/1;

19) **urządzenie mobilne** – telefon komórkowy, smartfon lub tablet, zakupione jako nowe, stanowiące własność uczestnika, znajdujące się w miejscu zamieszkania, posiadające numer IMEI lub numer seryjny, których wiek nie przekracza 4 lat, o ile nie są wykorzystywane do prowadzenia działalności gospodarczej, z wyłączeniem urządzeń objętych gwarancją producenta;

20) **usługi assistance** – usługi polegające na udzieleniu pomocy uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie OWU;

21) **współmałżonek** – osoba, która z uczestnikiem pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba fizyczna wskazana przez uczestnika żyjąca z nim w jednym gospodarstwie domowym i pozostająca z nim w związku partnerskim;

22) **zdarzenie losowe** – zdarzenie, które wystąpiło w okresie ochrony ubezpieczeniowej w miejscu zamieszkania, uprawniające uczestnika do skorzystania z usług assistance z zakresu pomocy w domu. Za zdarzenie uważa się:

1) dym i sadzę – nagłe, niszczące oddziaływanie produktów spalania, niewywołane celowo przez uczestnika;

2) grad – opady atmosferyczne składające się z bryłek lodu;

3) huragan – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s (63 km/h), potwierdzony przez instytut meteorologii i gospodarki wodnej znajdujący się najbliżej miejsca zamieszkania;

4) kradzież z włamaniem – czyn zabroniony określony w art. 279 kodeksu karnego;

5) lawina – gwałtowne zsuwanie lub staczanie mas śniegu, lodu, gleby, kamieni ze stoków górskich;

6) nawalny opad śniegu – opad atmosferyczny, który swoim ciężarem spowodował uszkodzenie lub pod wypływem swojego ciężaru spowodował przewrócenie się mienia sąsiedniego na ubezpieczone mienie i doprowadził do jego uszkodzenia;

7) osunięcie ziemi – ruchy podłoża, w wyniku których dochodzi do zapadania lub osunięcia ziemi;

8) powódź – zalanie terenu lub podłoża, które powstało w następstwie wystąpienia z brzegów wód powierzchniowych lub nadmiernych opadów atmosferycznych w miejscu zamieszkania, pomimo prawidłowo zaprojektowanego i sprawnego systemu odprowadzania wody;

9) pożar – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile;

10) przepięcie prądu – nagły i krótkotrwały wzrost napięcia prądu wyższego od znamionowego dla elektrycznych: urządzeń, instalacji, sieci, linii;

11) stłuczenie szyb – rozbicie nieuszkodzonych w chwili przyjęcia do ubezpieczenia szyb i innych przedmiotów szklanych, zamontowanych lub zainstalowanych na stałe w miejscu zamieszkania zgodnie z ich przeznaczeniem, wymagające koniecznego oszklenia zastępczego oraz usług ekspresowych, ustawienia rusztowań lub użycia dźwigu, naprawy uszkodzonych elementów mocujących szybę w ramie powstałych w związku z wybiciem szyby, przy czym za stłuczenie szyby nie uważa się zarysowania, poplamienia, zmiany barwy lub odpryśnięcia kawałka powierzchni ubezpieczonych szyb, obróbki, montażu, wymiany w czasie prac konserwatorskich, remontowych, naprawczych w miejscu zamieszkania lub po ich usunięciu z miejsca stałego zainstalowania, zastosowania niewłaściwej technologii wykonawstwa lub montażu, zużycia ubezpieczonych szyb lub braku ich należytej konserwacji;

12) trzęsienie ziemi – naturalny ruch powierzchni ziemi wywołany przez wstrząs, który potwierdziły pomiary stacji sejsmologicznej znajdującej się najbliżej miejsca zamieszkania;

13) uderzenie pioruna – następstwo naturalnego wyładowania elektrycznego w atmosferze w miejscu zamieszkania;

14) uderzenie pojazdu – uderzenie pojazdu mechanicznego, jego części lub ładunku, przy czym pojazd ten nie należy do uczestnika, osób zamieszkujących na stałe w miejscu zamieszkania, pracowników lub osób, którym powierzono stałą ochronę miejsca zamieszkania;

15) uderzenie statku powietrznego – przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego, jego części lub ładunku;

16) upadek drzewa lub budowli – przewrócenie się drzewa lub budowli, którego skutkiem jest uszkodzenie ubezpieczonego mienia, które nastąpiło z przyczyn niezależnych od uczestnika, przy czym budowlą jest maszt, komin, słup, latarnia;

17) uszkodzenie przez osoby trzecie – nieumyślne uszkodzenie wywołane przez człowieka, z wyjątkiem uczestnika;

18) uszkodzenie roweru – nieumyślne uszkodzenie roweru na skutek nieszczęśliwego wypadku, wskutek czego rower zostanie uszkodzony w stopniu uniemożliwiającym dalsze poruszanie się na nim. Do uszkodzenia roweru zalicza się przebicie dętki na gwoździu, szkle lub innym przedmiocie, a także przypadkowe przewrócenie się uczestnika na rowerze;

19) wybuch (eksplozja i implozja) – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary. Wybuch zbiornika lub naczyń ciśnieniowych ma miejsce w razie rozerwania jego ścianek w stopniu powodującym gwałtowne wyrównanie różnicy ciśnień pomiędzy wnętrzem zbiornika a jego otoczeniem. Do wybuchu zalicza się również implozję polegającą na uszkodzeniu ciśnieniem zewnętrznym zbiornika lub aparatu próżniowego;

20) zalanie – nagłe i niespodziewane:

a) wydostawanie się płynów lub pary spowodowane awarią urządzeń wodociągowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej;

b) zalanie wodą pochodzącą z urządzeń domowych znajdujących się w miejscu zamieszkania bądź poza nim;

c) nieumyślne pozostawienie otwartych kranów lub zaworów w miejscu zamieszkania bądź poza nim;

d) zalanie wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych;

e) zalanie wodą lub innym płynem przez osoby trzecie;

21) zamarznięcie – uszkodzenie spowodowane mrozem, polegające na pęknięciu znajdujących się w miejscu zamieszkania urządzeń kąpielowych, umywalek, spłuczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów, rur dopływowych lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej.

23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – awaria lub zdarzenie losowe;

24) **zwierzę domowe** – pies lub kot, zwyczajowo mieszkający z uczestnikiem w miejscu zamieszkania, utrzymywany w celach niezwiązanych z wykonywaną działalnością gospodarczą lub profesjonalną.

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

§ 2.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZNIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w umowie Program Assistance III jest awaria lub zdarzenie losowe, które wystąpiło w miejscu zamieszkania, uprawniające uczestnika do skorzystania z usług pomocy domowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu ubezpieczyciela do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej udzielonej uczestnikowi lub współmałżonkowi lub dziecku przez centrum operacyjne, w razie wystąpienia w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie, z zastrzeżeniem treści § 4.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wskazane niżej usługi:

1) Interwencja specjalisty;

2) Interwencja ślusarza;

3) naprawa sprzętu AGD/RTV;

4) naprawa sprzętu komputerowego;

5) pomoc w naprawie urządzenia mobilnego;

6) naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku;

7) usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytępienie szczurów lub myszy;

8) infolinia weterynaryjna;

9) wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy po nieszczęśliwym wypadku.

4. Zobowiązanie ubezpieczyciela do zorganizowania i pokrycia kosztów pomocy domowej, odpowiednio w przypadku każdej z usług wymienionych w ust. 3 opisano poniżej:

4.1. Interwencja specjalisty

4.1.1. w przypadku zdarzenia losowego w miejscu zamieszkania, gdy wystąpi ryzyko utraty lub dalszego uszkodzenia ubezpieczonego mienia, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny odpowiedniego specjalisty, tj.: ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza, murarza, szklarza, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych, gazownika do miejsca zamieszkania.

4.1.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.1.3. Centrum operacyjne pokrywa koszty interwencji specjalisty do kwoty 500 zł na zdarzenie losowe.

4.2. Interwencja ślusarza

4.2.1. w przypadku zagubienia kluczy lub ich zostawienia w mieszkaniu i nieumyślnego zatrzaśnięcia drzwi albo uszkodzenia zamka, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu ślusarza do miejsca zamieszkania oraz koszty jego robocizny.

4.2.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.2.3. Centrum operacyjne pokrywa koszty interwencji ślusarza w miejscu zamieszkania do kwoty 300 zł.

4.3. Naprawa sprzętu AGD/RTV

4.3.1. w przypadku awarii sprzętu AGD/RTV w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu specjalisty AGD/RTV do miejsca zamieszkania, jego robocizny oraz ewentualnego transportu sprzętu AGD/RTV do punktu serwisowego.

4.3.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.3.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji sprzętu AGD/RTV, a w przypadku ich braku, wiek sprzętu AGD/RTV zostanie zweryfikowany przez specjalistę AGD/RTV.

4.3.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy sprzętu AGD/RTV do kwoty 500 zł za awarię.

4.4. Naprawa sprzętu komputerowego

4.4.1. w przypadku awarii sprzętu komputerowego w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu specjalisty IT do miejsca zamieszkania, jego robocizny oraz ewentualnego transportu sprzętu komputerowego do punktu serwisowego.

4.4.2. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.4.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji sprzętu komputerowego, a w przypadku ich braku, wiek sprzętu komputerowego zostanie zweryfikowany przez specjalistę IT.

4.4.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy sprzętu komputerowego do kwoty 500 zł za awarię.

4.5. Pomoc w naprawie urządzenia mobilnego

4.5.1. w przypadku awarii urządzenia mobilnego w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne, w terminie 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje i pokrywa koszty dojazdu/powrotu specjalisty do miejsca zamieszkania w celu naprawy urządzenia mobilnego.

4.5.2. Koszty robocizny, materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.5.3. Warunkiem podjęcia interwencji jest przedstawienie przez uczestnika dowodu zakupu i gwarancji urządzenia mobilnego, a w przypadku ich braku, wiek urządzenia mobilnego zostanie zweryfikowany przez specjalistę.

4.5.4. Centrum operacyjne pokrywa koszty dojazdu/powrotu specjalisty do kwoty 200 zł za awarię i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) zdarzeń ubezpieczeniowych w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

4.6. Naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku

4.6.1. w przypadku uszkodzenia roweru, centrum operacyjne organizuje i pokrywa koszty dojazdu i robocizny pracownika podmiotu gospodarczego profesjonalnie zajmującego się serwisem rowerów. koszty materiałów i części zamiennych pokrywa uczestnik.

4.6.2. Centrum operacyjne pokrywa koszty naprawy roweru do kwoty 500 zł na uszkodzenie roweru.

4.7. Usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytępienie szczurów lub myszy

4.7.1. w przypadku założenia gniazda przez osy, szerszenie, szczury lub myszy w miejscu zamieszkania, centrum operacyjne w ciągu 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zgłoszenia, organizuje interwencję i pokrywa koszty dojazdu specjalisty w celu usunięcia gniazd lub rozłożenia trutki w miejscu zamieszkania. koszty robocizny i użytych podczas interwencji narzędzi i materiałów ponosi uczestnik.

4.7.2. Centrum operacyjne pokrywa ww. koszty dojazdu specjalisty do wykonania usługi usunięcia gniazd os lub szerszeni, tępienia szczurów lub myszy do kwoty 200 zł w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) zgłoszeń w okresie rocznej ochrony ubezpieczeniowej.

4.8. Infolinia weterynaryjna

W ramach infolinii weterynaryjnej, centrum operacyjne zapewni uczestnikowi dostęp do następujących informacji związanych z posiadaniem zwierzęcia domowego:

a) danych teleadresowych przychodni weterynaryjnych,

b) na temat działania obowiązkowych badań i szczepień,

c) na temat niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,

d) dostęp do danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

4.9. Wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy po nieszczęśliwym wypadku

4.9.1. w przypadku powstania w okresie ochrony ubezpieczeniowej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem z udziałem zwierzęcia domowego, stanu zagrażającego życiu lub zdrowiu zwierzęcia domowego, wymagającego natychmiastowej pomocy weterynaryjnej, centrum operacyjne zorganizuje i pokryje koszty wizyty weterynarza lub transportu zwierzęcia domowego do lecznicy do kwoty 500 zł na zdarzenie.

4.9.2. Koszt leczenia zwierzęcia domowego ponosi uczestnik.

§ 3.
OCHRONA UBEPIECZENIOWA

1. Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca uczestnikowi w ramach Programu Assistance III rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oferowanej mu w ramach Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca uczestnikowi w ramach Programu Assistance III wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oferowanej mu w ramach Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance Wariant III.
3. Przystąpienie uczestnika do Programu Assistance III wiąże się z opłacaniem dodatkowej składki.

§ 4.
OGRANICZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA DOTYCZĄCE USŁUG POMOCY DOMOWEJ

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
   1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa uczestnika;
   2) umyślnego popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych, z wyjątkiem kradzieży z włamaniem;
   3) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez uczestnika;
   4) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
   5) katastrof naturalnych, z wyjątkiem zdarzenia losowego;
   6) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia ubezpieczonego mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
   7) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
   8) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających;
   9) aktu wandalizmu;

   oraz powstałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia w dostarczeniu świadczenia, o ile opóźnienia te są skutkiem strajków, niepokojów

społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego albo działania siły wyższej.

3. Przedmiotem odpowiedzialności ubezpieczyciela nie są koszty:
   1) usług związanych z uszkodzeniami, za naprawę których odpowiadają właściwe służby administracyjne lub pogotowie techniczne, energetyczne, wodno-kanalizacyjne, gazowe (awarie instalacji ciepłej i zimnej wody, pionów kanalizacyjnych, pionów centralnego ogrzewania, instalacji gazowej, przyłączy do budynku);
   2) usług elektryka lub technika urządzeń grzewczych, związanych z uszkodzeniami żarówek, przedłużaczy, opraw oświetleniowych;
   3) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
   4) materiałów i części zamiennych wykorzystanych do dokonania naprawy.
4. Limit kwotowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy domowej udzielanej przez centrum operacyjne jest określony w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ochrony ubezpieczeniowej i jest realizowany do wysokości określonej w Tabeli nr 1 (poniżej), natomiast określony w poniższej tabeli limit ilościowy dotyczy usług assistance przysługujących w rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej:

TABELA NR 1

Zakres udzielanej pomocy domowej	Dotyczący danej usługi limit jej kosztu związanego z jednym zdarzeniem oraz roczny limit liczby usług możliwych do uzyskania w każdym rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej
interwencja specjalisty	500 zł
interwencja ślusarza	300 zł
naprawa sprzętu AGD/RTV	500 zł
naprawa sprzętu komputerowego	500 zł
pomoc w naprawie urządzenia mobilnego	200 zł/maksimum 2 razy rocznie
naprawa roweru po nieszczęśliwym wypadku	500 zł
usunięcie gniazda os lub szerszeni, wytępienie szczurów lub myszy	200 zł/maksimum 2 zgłoszenia rocznie
infolinia weterynaryjna	TAK (usługa nie wliczana do świadczeń możliwych do uzyskania w ramach limitu, o którym mowa w § 5)
wizyta weterynarza/transport zwierzęcia domowego do lecznicy	500 zł

§ 5.
LIMITY KORZYSTANIA Z USŁUG ASSISTANCE

Z uwzględnieniem zapisów określonych w § 4, ubezpieczyciel w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizuje dostęp do każdej z usług assistance wchodzących w zakres ubezpieczenia, przy czym w każdym rocznym okresie ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III w umowach grupowego ubezpieczenia na życie albo grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawieranych przez spółkę Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA oraz z niniejszego Programu Assistance III, koszt wykonania 9 (dziewięciu) usług assistance ponosi ubezpieczyciel, pozostałych – uczestnik.

§ 6.
PRAWA I OBOWIĄZKI

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia w centrum operacyjnym zdarzenia ubezpieczeniowego począwszy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Uczestnik zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego.
3. Uczestnik ma obowiązek poinformowania ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia (miejsce zamieszkania, adres zamieszkania, adres korespondencji, zmiana nazwiska).
4. Uczestnik ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie trwania ubezpieczenia, o którym mowa we wstępie do niniejszych warunków szczególnych Programu Assistance III. Rezygnacja ta oznacza automatyczne wykluczenie uczestnika z Programu Assistance III z dniem końca ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka Assistance Wariant III, oferowanej uczestnikowi.

§ 7.
SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Uczestnik lub inna osoba działająca w jego imieniu, niezwłocznie po powzięciu informacji o powstaniu szkody lub o zaistnieniu konieczności skorzystania z usługi assistance, ma obowiązek powiadomić o niej centrum operacyjne, pod numerem telefonu: +48 22 563 11 35.
2. W razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, uczestnik lub inna osoba upoważniona jest zobowiązana skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym i podać:
   1) imię i nazwisko, nr pesel;
   2) informację, jaka umowa ubezpieczenia została zawarta na jego rzecz;
   3) miejsce zamieszkania;
   4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z uczestnikiem lub wskazaną przez niego osobą;
   5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
   6) adres korespondencyjny.
3. W przypadku, gdy uczestnik nie dopełnił obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego, ubezpieczyciel ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami centrum operacyjnego miało wpływ na zwiększenie rozmiaru szkody lub możliwość jej ustalenia, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania udokumentowanej siły wyższej.
4. W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez uczestnika pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesienia kosztów.
5. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez uczestnika bez powiadomienia centrum operacyjnego, ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel jest zobowiązane wypłacić świadczenia przysługujące na podstawie niniejszych warunków ogólnych w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
7. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie 30 dni.
8. Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich.
9. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy uczestnika.

§ 8.
REKLAMACJE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia ubezpieczyciela, ubezpieczającego, uczestnika i uprawnionego z umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, ubezpieczający, uczestnik, uprawniony z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do ubezpieczyciela w formie:
   1) ustnej – telefonicznie na numer telefonu: (+48 22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku w dni robocze w godzinach 8-16) albo osobiście do protokołu w siedzibie ubezpieczyciela,
   2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, lub osobiście w siedzibie ubezpieczyciela,
   3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl
3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. w szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni, o wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału ubezpieczyciela. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.
6. Ubezpieczającemu, uczestnikowi lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercom przysługuje prawo do wnioskowania o pozasądowe rozstrzygnięcia sporu z ubezpieczycielem przez Rzecznika Finansowego lub o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

   Biuro Rzecznika Finansowego

   Al. Jerozolimskie 87

   02-001 Warszawa

   tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja

   +48 22 333-73-27 – Recepcja

   faks +48 22 333-73-29

   www.rf.gov.pl

   Infolinia Konsumencka

   Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów

   telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00-17:00)

   e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
8. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
9. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy ubezpieczycielem, ubezpieczającym, uczestnikiem, uprawnionym z umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
10. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać polubownie za pośrednictwem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego.

    Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego
    Departament Ochrony Klientów
    Pl. Powstańców Warszawy 1
    00-950 Warszawa
    tel. 22 26 24 054
    sad.polubowny@knf.gov.pl
    www.knf.gov.pl
11. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być ubezpieczyciel, tj. AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej nr 50B, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez w Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy uczestnika lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 9.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Do realizacji postanowień niniejszych warunków szczególnych w imieniu i na rachunek ubezpieczyciela uprawnione jest centrum operacyjne.

Niniejsze warunki szczególne zostały zatwierdzone przez AWP P&C SA Oddział w Polsce w dniu 31 października 2016 r. i wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA „ZAGRANICZNA OPINIA LEKARSKA" NR PGO/BDR/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych, zawartej na ich podstawie Umowie Ubezpieczenia oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
   1) **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w C/Almagro 36-1, 28010 Madryt, Hiszpania, współpracujący z Towarzystwem w ramach niniejszej Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia;
   2) **Biblioteka Video on-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia;
   3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem telefonu 800 365 867, prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, przyjmujące zgłoszenia, weryfikujące prawo do Ochrony Ubezpieczeniowej oraz koordynujące realizację świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej;
   4) **Dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
   5) **Ekspert** – lekarz specjalista, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, współpracujący z Best Doctors; wybór lekarza eksperta dla poszczególnych przypadków będzie dokonywany przez Best Doctors z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie;
   6) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie;
   7) **Internetowa Platforma Informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej www.askbestdoctors.com/pol, umożliwiająca Uczestnikowi i Osobom Bliskim, po zalogowaniu się przy użyciu indywidualnego hasła, skorzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, od ogólnych faktów po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym dostęp do informacji zawartych w zasobach Biblioteki Video on-line;
   8) **Małżonek Uczestnika (Małżonek)** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   9) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do zapewnienia Uczestnikowi oraz Osobom Bliskim dostępu do świadczeń Zagranicznej Opinii Lekarskiej oraz dostępu do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors);
   10) **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia;
   11) **Osoba Bliska** – Małżonek i/ lub Dziecko;
   12) **Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – ogólna informacja o stanie zdrowia i/lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez eksperta;
   13) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
   14) **Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna (InterConsultation)** – sporządzona przez eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
   15) **Zagraniczna Opinia Lekarska** – Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna lub Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta;
   16) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – objęty odpowiedzialnością Towarzystwa stan chorobowy Uczestnika albo Osoby Bliskiej, o którym mowa w § 2 ust. 2 i 3, uprawniający do otrzymania Zagranicznej Opinii Lekarskiej.
2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych używa się pojęcia Umowa Dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – Umowę Ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych.

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.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Uczestnika i Osoby Bliskiej.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej dotyczącej Uczestnika albo Osoby Bliskiej, jeżeli u którejkolwiek z tych osób, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, postawiono diagnozę lub stwierdzono konieczność wykonania leczenia operacyjnego, związanych z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych bądź uszkodzeń ciała:
   1) nowotwór złośliwy;
   2) niewydolność nerek;
   3) schyłkowa niewydolność wątroby;
   4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby;
   5) udar mózgu;
   6) łagodny nowotwór mózgu;
   7) zapalenie mózgu;
   8) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych;
   9) porażenie kończyn;
   10) paraliż;
   11) stwardnienie rozsiane;
   12) choroba Alzheimera;
   13) choroba Parkinsona;
   14) choroby neuronu ruchowego;
   15) przeszczep narządu;
   16) zawał serca;
   17) angioplastyka naczyń wieńcowych;
   18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
   19) operacja zastawek serca;
   20) operacja aorty;
   21) bakteryjne zapalenia wsierdzia;
   22) niedokrwistość aplastyczna;
   23) rozległe oparzenie;
   24) utrata kończyn;
   25) utrata słuchu;
   26) utrata wzroku;
   27) utrata mowy;
   28) śpiączka;
   29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
   30) gruźlica;
   31) zakażenie wirusem HIV;
   32) inne, nie wymienione powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Uczestnika albo Osoby Bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta w przypadku wystąpienia u Uczestnika albo Osoby Bliskiej, w trakcie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi, innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2, powyżej, wymagającego leczenia specjalistycznego.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje także dostęp do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors), przy użyciu której Uczestnik lub Osoba Bliska mogą on-line wypełnić i złożyć wniosek o uruchomienie usługi Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przeglądać przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych Zdarzeń Ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w Bibliotece Video on-line.
5. Dzień początku i końca okresu dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 2 – 4, jest odpowiednio pierwszym i ostatnim dniem Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej i jest ustalany na zasadach określonych w § 4 ust. 1 – 4.

§ 3.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej Uczestnika albo Osoby Bliskiej jest:
   1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy;
   2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu;
   3) zaburzenie psychiczne;
   4) problem stomatologiczny.
2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
   1) w czasie pobytu Uczestnika albo Osoby Bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Opinii Lekarskiej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
   2) jeżeli stan chorobowy Uczestnika albo Osoby Bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Towarzystwo i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność Zagranicznych Opinii Lekarskich sporządzanych przez Ekspertów, a także za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Zagranicznych Opiniach Lekarskich oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§ 4.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
   2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:
   1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia umowy dodatkowej, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego;
   2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po najpóźniejszym z dni, którymi są dzień zawarcia umowy dodatkowej oraz dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przystąpienia Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dzień ten zawiera się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
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) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) poprzedzającym dzień przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. W przypadkach wskazanych w ust. 3 Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa odpowiednio:
   1) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 3, miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
   2) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 3, miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej po upływie stu osiemdziesięciu dni od wznowienia Ochrony Ubezpieczeniowej oferowanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 5.
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w ramach udzielanej Ochrony Ubezpieczeniowej Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do zorganizowania oraz pokrycia kosztów sporządzenia i przetłumaczenia Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przy czym z tytułu zaistnienia jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego Uczestnikowi albo Osobie Bliskiej przysługuje tylko jedno świadczenie, to znaczy osoba ta ma prawo do jednej Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej tego zdarzenia.
2. Warunkiem uzyskania przez osobę, o której mowa w ust. 1 powyżej, Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej jest dostarczenie Best Doctors wszystkich dokumentów wymaganych do spełnienia świadczenia, o których mowa w ust. 5 oraz udzielenie pisemnej zgody na zasięganie i przekazywanie danych medycznych dotyczących Uczestnika albo Osób Bliskich.
3. Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:
   1) postawioną przez Eksperta powtórną diagnozę;
   2) ocenę dotychczas prowadzonego leczenia;
   3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Eksperta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony.
4. W celu uzyskania Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko Uczestnika;
   2) adres zamieszkania;
   3) numer polisy potwierdzającej zawarcie Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   5) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie.
5. Po zweryfikowaniu dostępu do świadczeń Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko otrzyma na wskazany przez siebie adres pakiet formularzy, które zobowiązane jest wypełnić celem uzyskania świadczenia, a następnie dostarczyć na własny koszt do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors (adres: BEST DOCTORS, 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73) wraz z pełną dokumentacją medyczną, dotyczącą choroby Uczestnika albo Osoby Bliskiej, i dodatkowo, w przypadku, gdy dotyczy to Małżonka albo Dziecka Uczestnika, odpowiednio z odpisem aktu małżeństwa albo odpisem aktu urodzenia Dziecka Uczestnika.
6. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do przetłumaczenia na język kraju pochodzenia Eksperta dokumentacji medycznej dostarczonej przez Uczestnika albo Małżonka albo pełnoletnie Dziecko oraz przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi, a także zapewnienia przetłumaczenia sporządzonej przez Eksperta Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej na język polski przed jej przekazaniem Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku.
7. Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przekazana Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku w sposób z nimi uzgodniony w terminie trzydziestu dni od daty dostarczenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5. W przypadku, gdy do sporządzenia Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
8. Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta będzie zawierała ocenę stanu zdrowia Uczestnika albo Osoby Bliskiej oraz – jeśli będzie to możliwe – propozycję sposobu leczenia schorzenia będącego przedmiotem zgłoszonego do Eksperta zapytania.
9. W celu uzyskania Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta, Uczestnik albo Małżonek albo pełnoletnie Dziecko zobowiązane jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać dane, o których mowa w ust. 4 pkt 1 – 5 oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień dotyczących stanu chorobowego osoby, której dotyczy sporządzana informacja.
10. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się przekazać zebrane informacje, po ich przetłumaczeniu, do Eksperta, a następnie przesłać Uczestnikowi albo Małżonkowi albo pełnoletniemu Dziecku przetłumaczony na język polski raport Eksperta. Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta zostanie sporządzona w ciągu 7 dni liczonych od daty zebrania informacji, o których mowa w ust. 9, oraz przesłana we wspomnianym terminie na wskazany przez Uczestnika albo Małżonka albo pełnoletnie Dziecko adres poczty elektronicznej.

§ 6.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 7.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW" NR PGO/AMB/2018/1

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 Opiekun nr PGO/2018/1.

§ 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) **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** – dziecko własne Uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione Uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione Uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);
   2) **Główna Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych Warunków Ogólnych;
   3) **Identyfikator** – imienna karta identyfikacyjna opatrzona unikalnym numerem wydawana przez Towarzystwo w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia;
   4) **Małżonek Uczestnika** – osoba pozostająca z Uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Warunków Ogólnych;
   5) **Partner Uczestnika** – osoba niespokrewniona z Uczestnikiem i wskazana przez Uczestnika w załączniku do deklaracji uczestnictwa, z którą Uczestnik pozostaje w związku nieformalnym prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. W jednym czasie ochroną może być objęty tylko jeden Partner Uczestnika. Odwołanie przez Uczestnika wskazania danej osoby jako Partnera jest możliwe w każdym czasie, zaś wskazanie przez Uczestnika nowego Partnera jest możliwe od najbliższej Rocznicy Umowy Ubezpieczenia;
   6) **Placówki Medyczne** – wskazane przez Towarzystwo zakłady opieki zdrowotnej Świadczeniodawcy oraz inne działające na zlecenie Świadczeniodawcy zakłady opieki zdrowotnej lub lekarze wykonujący Usługi Zdrowotne w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, świadczące Usługi Zdrowotne na rzecz Ubezpieczonych;

7) **Świadczeniodawca** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania na rzecz Ubezpieczonych Usług Zdrowotnych wymienionych w Wykazie Usług Medycznych;

8) **Ubezpieczony** – Uczestnik, Małżonek Uczestnika albo Partner Uczestnika, Dziecko Uczestnika;

9) **Usługi Zdrowotne** – działania mające na celu przywrócenie zdrowia Ubezpieczonego oraz zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie, obejmujące porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne;

10) **Wariant Ubezpieczenia** – zakres usług zdrowotnych udostępnionych Ubezpieczonemu w ramach Umowy Dodatkowej;

11) **Wersja Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia zawierana jako umowa tylko na rachunek Uczestnika lub jako umowa na rachunek Uczestnika, Małżonka Uczestnika albo Partnera Uczestnika, Dziecka Uczestnika;

12) **Wykaz Usług Medycznych** – załącznik do niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiący ich integralną część, zawierający spis Usług Zdrowotnych udostępnianych w ramach poszczególnych Wariantów Ubezpieczenia wraz z maksymalnym czasem oczekiwania na wykonanie wybranych usług;

13) **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;

14) **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

15) **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

    a) 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

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

2. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ogólnych 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.
ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta w Wersji Ubezpieczenia:

    1) indywidualnej – na rachunek Uczestnika ubezpieczonego w Głównej Umowie Ubezpieczenia, albo

    2) rodzinnej – na rachunek Uczestnika, Małżonka Uczestnika albo Partnera Uczestnika, lub Dzieci Uczestnika. W Umowie Dodatkowej poszczególni Uczestnicy mogą być obejmowani Ochroną Ubezpieczeniową w ramach różnych Wersji Ubezpieczenia, zgodnie z zakresem Ochrony Ubezpieczeniowej dla kategorii danego Uczestnika.

2. Umowa Dodatkowa w Wersji Ubezpieczenia rodzinnej może zostać zawarta na rachunek Małżonka Uczestnika albo Partnera Uczestnika, lub Dzieci Uczestnika, pod warunkiem, że każda z tych osób jest ubezpieczona w umowie dodatkowej zawartej lub zawieranej na podstawie odpowiednio Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci Małżonka Uczestnika lub Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci Dziecka Uczestnika.

3. Umowa Dodatkowa może przewidywać różne zakresy Ochrony Ubezpieczeniowej przysługującej poszczególnym Uczestnikom oraz Małżonkowi Uczestnika i Dziecku Uczestnika, zgodnie ze wskazaniem ubezpieczającego w ramach kategorii ubezpieczenia.

4. W przypadku Wersji Ubezpieczenia rodzinnej Uczestnik, Małżonek albo Partner Uczestnika i Dziecko Uczestnika objęci są tym samym Wariantem Ubezpieczenia.

§ 3.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wizytę Ubezpieczonego w Placówce Medycznej mającą na celu skorzystanie z Usługi Zdrowotnej.

3. W razie wizyty Ubezpieczonego w Placówce Medycznej mającej na celu skorzystanie z Usługi Zdrowotnej udzielana Ubezpieczonemu Ochrona Ubezpieczeniowa polega na umożliwieniu korzystania przez niego z porad specjalistycznych oraz uzasadnionych z medycznego punktu widzenia badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych wskazanych w Wykazie Usług Medycznych stosownie do Wariantu Ubezpieczenia. Ubezpieczony może korzystać z Usług Zdrowotnych tylko w Placówkach Medycznych i w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo wraz z polisą przekazuje listę Placówek Medycznych udostępnianych w ramach poszczególnych Wariantów Ubezpieczenia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany Placówek Medycznych z ważnych przyczyn. Za ważną przyczynę uznaje się zarówno zaprzestanie przez Placówkę Medyczną prowadzenia działalności na zlecenie Świadczeniodawcy w zakresie udostępniania Usług Zdrowotnych na rzecz Ubezpieczonych, jak i jej rozpoczęcie przez nową Placówkę Medyczną. Zmiana Placówek Medycznych nie stanowi zmiany Umowy Ubezpieczenia. Informacja o aktualnej liście Placówek Medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa, jak również można ją uzyskać pod numerem infolinii Towarzystwa.

§ 4.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, przysługująca Ubezpieczonemu w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

    1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego,

    2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Głównej Umowy Ubezpieczenia, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż Główna Umowa Ubezpieczenia, przysługująca Ubezpieczonemu w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się:

    1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Umowy Dodatkowej, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 1 do 15 dnia miesiąca kalendarzowego,

    2) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia Umowy Dodatkowej, dzień przystąpienia Uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania Uczestnika do kategorii przewidującej Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli dni te zawierają się w przedziale od 16 do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.

3. Przysługująca Małżonkowi Uczestnika albo Partnerowi Uczestnika lub Dziecku Uczestnika w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się po złożeniu Towarzystwu przez Uczestnika stosownego formularza zgłoszenia z zastrzeżeniem terminów rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, wskazanych w ust. 1 i 2.

4. Przysługująca Uczestnikowi w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
   1) rozwiązania Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia;
   3) poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub w dniu poprzedzającym Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, w którą Uczestnik kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Uczestnika;
   4) przypisania Uczestnika do kategorii nieprzewidującej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
   5) upływu czasu trwania Umowy Dodatkowej w przypadku nie zawarcia jej na kolejny roczny okres.
5. Przysługująca Małżonkowi Uczestnika albo Partnerowi Uczestnika lub Dziecku Uczestnika w ramach Umowy Dodatkowej Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa w przypadku zajścia następujących zdarzeń:
   1) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Uczestnikowi w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia lub Umowy Dodatkowej;
   2) wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej Małżonkowi Uczestnika albo Partnerowi Uczestnika lub Dziecku Uczestnika na podstawie odpowiednio warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci Małżonka Uczestnika lub warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci Dziecka Uczestnika;
   3) Rocznicy Umowy Ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Małżonka Uczestnika albo Partnera Uczestnika siedemdziesiątego roku życia lub Rocznicy Umowy Ubezpieczenia, w którą Małżonek Uczestnika albo Partner Uczestnika kończy siedemdziesiąt lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Małżonka Uczestnika albo Partnera Uczestnika;
   4) Rocznicy Umowy Ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Dziecko Uczestnika dwudziestego pierwszego roku życia lub Rocznicy Umowy Ubezpieczenia, w którą Dziecko Uczestnika kończy dwadzieścia jeden lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin Dziecka Uczestnika.
6. W przypadkach wskazanych w ust. 4 i 5 Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa odpowiednio:
   1) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, miało miejsce między 1 a 15 dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wystąpiło to zdarzenie;
   2) jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, miało miejsce między 16 a ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło to zdarzenie.
7. Towarzystwo ponownie przyznaje Uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, Ochronę Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej z dniem ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia z tym zastrzeżeniem, iż Ochrona Ubezpieczeniowa w ramach Umowy Dodatkowej rozpocznie się nie wcześniej niż po sześciu miesiącach od dnia ponownego przyznania temu Uczestnikowi Ochrony Ubezpieczeniowej w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia.

§ 5.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie, którym jest wizyta Ubezpieczonego w Placówce Medycznej, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce:
   1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa; w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV;
   3) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczonego, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Ubezpieczonego był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
   4) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
   5) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia;
   6) w związku z AIDS lub schorzeniami związanymi z tą chorobą, chorobą Alzheimera, zabiegiem aborcji, ciążą wysokiego ryzyka, lub ciążą, o ile wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje połogu;
   7) w związku z diagnozowaniem i leczeniem niepłodności Ubezpieczonego oraz zabiegiem zmiany płci Ubezpieczonego;
   8) w związku z leczeniem protetycznym Ubezpieczonego, ortodontycznym lub z zakresu chirurgii szczękowej, a także w związku z leczeniem, zabiegami i operacjami ubezpieczonego z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki;
   9) w związku z leczeniem kuracyjnym, sanatoryjnym i uzdrowiskowym oraz rehabilitacją Ubezpieczonego, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych;
   10) w związku z leczeniem odwykowym, zabiegami i kuracjami odwykowymi Ubezpieczonego;
   11) w związku z pełnieniem służby wojskowej przez Ubezpieczonego.

§ 6.
REALIZACJA USŁUG ZDROWOTNYCH

1. Prawo do korzystania z Usług Zdrowotnych przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Każdy Ubezpieczony otrzymuje Identyfikator, który wraz z ważnym dokumentem tożsamości, obowiązany jest okazywać przy korzystaniu z Usług Zdrowotnych.
3. W celu skorzystania z Usługi Zdrowotnej Ubezpieczony, przed przybyciem do Placówki Medycznej, obowiązany jest:
   1) uzgodnić telefonicznie lub osobiście z wybraną Placówką Medyczną termin wykonania Usługi Zdrowotnej;
   2) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki Medycznej;
   3) przestrzegać terminów wykonania Usługi Zdrowotnej.
4. Ubezpieczony może skorzystać z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych pod warunkiem, że zostaną one zlecone przez lekarza.
5. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych, Towarzystwo lub Placówka Medyczna mają prawo odmówić spełnienia świadczenia lub Usługi Zdrowotnej.

§ 7.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

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

§ 8.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem i rozwiązywaniem Umowy Dodatkowej, przystępowaniem Uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości

Ochrony Ubezpieczeniowej, zapłatą i opóźnieniem w płatności Składek z Umowy Ubezpieczenia, zmianami w Rocznicę Umowy Ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ogólnych stosuje się postanowienia Warunków Ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Warunki Ogólne Ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 21 marca 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2018 roku.

Spis treści

Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2018/1 . . . 1

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/SNW/2018/1 . . . 16

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/ZZU/2018/1 . . . 18

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIN/2018/1 . . . 20

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/TUK/2018/1 . . . 22

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji nr PGO/LSR/2018/1 . . . 25

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie" i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2018/1 . . . 29

Wykaz nr 1/2018 . . . 34

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Zachorowania na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance" nr PGO/PNR/2018/1 . . . 47

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego nr PGO/PKN/2018/1 . . . 49

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Specjalistycznego nr PGO/SPC/2018/1 . . . 54

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci Małżonka Uczestnika nr PGO/ZMA/2018/1 . . . 56

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Kalectwa Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIM/2018/1 . . . 59

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Małżonka Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne nr PGO/TMU/2018/1 . . . 61

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Małżonka Uczestnika nr PGO/LMR/2018/1 . . . 64

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika „Zdrowe Życie" nr PGO/HBM/2018/1 . . . 69

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Poważnego Zachorowania Małżonka Uczestnika nr PGO/PZM/2018/1 . . . 72

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci Dziecka rraz Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/ZDZ/2018/1 . 77

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywnych Skutków Nieszczęśliwych Wypadków u Dziecka Uczestnika nr PGO/TUC/2018/1 . . . 79

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Leczenia Szpitalnego Dziecka nr PGO/LSD/2018/1 . . . 82

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Rehabilitacji Nowonarodzonego Dziecka nr PGO/RHD/2018/1 . . . 84

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego Dla Dziecka „Zdrowe Życie" nr PGO/HD2/2018/1 . . . 86

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Poważnego Zachorowania Dziecka nr PGO/PDK/2018/1 . . . 100

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Urodzenia Się Dziecka i Ryzyka Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej nr PGO/UDZ/2018/1 . . . 104

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Urodzenia Martwego Dziecka lub Poronienia nr PGO/ZNK/2018/1 . . . 106

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci Rodzica nr PGO/ZRK/2018/1 . . . 107

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant I nr PGO/AS1/2016/1 . . . 109

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant II nr PGO/AS2/2016/1 . . . 111

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Assistance – Wariant III nr PGO/AS3/2017/1 . . . 116

Warunki Szczególne Programu Assistance III sygnatura nr WS/PAS3/2017/1 . . . 121

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska" nr PGO/BDR/2018/1 . . . 125

Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" nr PGO/AMB/2018/1 . . . 127

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, tel. 22 557 44 44, e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

121150/GR/0518/3500