

WARUNKI OGÓLNE
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DALEJ RAZEM
NR OKG/2018/1

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Ubezpieczenia na Życie DALEJ RAZEM
NR OKG/2018/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Numer zapisu ze wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Warunki ogólne umowy: § 3, § 8 – § 17, § 19, § 20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Warunki ogólne umowy: § 13, § 18
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: § 6
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 UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DALEJ RAZEM NR OKG/2018/1

§ 1. DEFINICJE

Ilekcroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie) oraz w innych 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) **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;
- 2) **dotatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe (dotatkowe zdarzenie)** – dotatkowe zdarzenie związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz ubezpieczonego, wskazane w części 3. wykazu stanowiącego załącznik nr 2 do OWU;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym polisa, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 4) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione ubezpieczonego, które do uzyskania pełnoletności pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich), które nie ukończyło 21 (dwudziestu jeden) lat;
- 5) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania wpłaty na tym rachunku;
- 6) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala;
- 7) **leczenie szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt ubezpieczonego 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 i nie związanemu z ciążą, porodem lub pologiem, chyba że przedmiotem hospitalizacji było zagrażające lub zaistniałe poronienie albo ciąża pozamaciczna; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;
- 8) **małżonek ubezpieczonego** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (nieprawidłowości zdrowotne)** – z zastrzeżeniem §4 ust. 2, każda choroba ubezpieczonego, która zgodnie z informacjami w dokumentacji medycznej ubezpieczonego:
 - a) wymagała leczenia szpitalnego lub regularnych konsultacji specjalistycznych lub wykonywania badań lub przyjmowania leków, w okresie 5-ciu lat przed objęciem ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową, lub
 - b) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt a), lub
 - c) powodowała wystąpienie u ubezpieczonego objawów (ból 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 ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 11) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 12) **pakiety** – trwale skonfigurowany zestaw zdarzeń ubezpieczeniowych, określający zakres ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia; dostępne pakiety zostały szczegółowo określone w załączniku nr 1 do OWU;
- 13) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w Wykazie Poważnych Zachorowań, stanowiącym załącznik nr 3 do OWU;
- 14) **poważne zachorowanie ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w Wykazie Poważnych Zachorowań, stanowiącym załącznik nr 3 do OWU, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 15) **rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące roczne okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz każdorazowo po upływie roku w dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest 29 lutego, drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego;
- 16) **rodzic ubezpieczonego** – przez rodzica ubezpieczonego rozumie się:
 - a) rodzica naturalnego ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego,
 - b) osobę, która przysposobiła ubezpieczonego lub jego małżonka,
 - c) osobę, z którą rodzic naturalny ubezpieczonego lub rodzic naturalny małżonka ubezpieczonego, lub – przysposabiający ubezpieczonego, lub przysposabiający małżonka ubezpieczonego pozostawał w związku małżeńskim (macocha, ojczym) od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia do dnia jej wygaśnięcia. W przypadku śmierci rodzica naturalnego ubezpieczonego lub rodzica naturalnego małżonka ubezpieczonego, lub – przysposabiającego ubezpieczonego, lub przysposabiającego małżonka ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, za rodzica ubezpieczonego uważa się również macochę lub ojczyma, pod warunkiem, że nie wstąpili ponownie w związek małżeński;
- 17) **rok ubezpieczenia** – pierwszych 12 (dwanaście) miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz każdy dwunastomiesięczny okres pomiędzy następującymi po sobie rocznicami ubezpieczenia;
- 18) **suma ubezpieczenia** – kwota, będąca podstawą naliczania składek i świadczeń ubezpieczeniowych;
- 19) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz ubezpieczonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 20) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 21) **śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** – śmierć będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty wypadku komunikacyjnego;

- 22) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
- 23) **trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utralone 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 ubezpieczonego umiejętności, czynności lub zawodu;
- 24) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 25) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia;
- 26) **ubezpieczony kontynuujący** – ubezpieczony, któremu wygasła ochrona ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia grupowego zawartej z Towarzystwem i który spełnił warunki kontynuacji ubezpieczenia określone w warunkach tej umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem §2 ust. 4;
- 27) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU;
- 28) **umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana z Towarzystwem, której uczestnikiem był ubezpieczony, przewidująca prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia;
- 29) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego albo śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 30) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego albo śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, gdy w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
- 31) **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;
- 32) **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 ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego ;
- 33) **załącznik nr 1 do OWU** – Zestawienie pakietów;
- 34) **załącznik nr 2 do OWU** – Wykaz postępowań medycznych przeprowadzanych w trakcie hospitalizacji oraz podana w procentach sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń ubezpieczeniowych;
- 35) **załącznik nr 3 do OWU** – Wykaz Poważnych Zachorowań;
- 36) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które zostaje objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia i które należy do następującego zbioru zdarzeń: śmierć ubezpieczonego, śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć małżonka ubezpieczonego, śmierć małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierć rodzica ubezpieczonego, poważne zachorowanie ubezpieczonego, leczenie szpitalne ubezpieczonego, postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w trakcie hospitalizacji, urodzenie się dziecka ubezpieczonego, śmierć dziecka ubezpieczonego, osierocenie dziecka ubezpieczonego;
- 37) **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 górską lub skalną, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty 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;

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

§ 2

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas oznaczony jednego roku. Ochrona ubezpieczeniowa oferowana w umowie ubezpieczenia może zostać przedłużona na kolejny roczny okres w kolejnej rocznej umowie ubezpieczenia zawartej na warunkach określonych w ust. 9.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w jednym z pakietów określonych w załączniku nr 1 do OWU. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia nie ma możliwości zmiany pakietu.
- Ubezpieczonym może być wyłącznie ubezpieczający.
- O ile umowa ubezpieczenia grupowego nie stanowi inaczej, ubezpieczonym, o którym mowa w ust. 3, może być osoba, której przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, to jest w przypadku której spełnione zostały łącznie następujące warunki:
 - wygasła ochrona ubezpieczeniowa oferowana w umowie ubezpieczenia grupowego, z powodu ustania stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - osoba ta była objęta ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia grupowego przez co najmniej 12 (dwanaście) miesięcy kalendarzowych poprzedzających datę wygaśnięcia ochrony, o której mowa w pkt. a);
 - od dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. a), do daty złożenia wniosku ubezpieczeniowego nie upłynęło więcej niż 3 (trzy) miesiące.
- Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia z inną osobą, niż wskazana w ust. 4 lub zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach.
- 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 Towarzystwa i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - od dnia sporządzenia wniosku do dnia dostarczenia go do siedziby Towarzystwa upłynęło nie więcej niż trzydzieści dni;
 - wniosek wypełniony został w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny;
 - została zapłacona pierwsza składka z tytułu umowy ubezpieczenia, w wysokości odpowiadającej kosztowi pakietu wskazanego we wniosku o ubezpieczenie;
 - Towarzystwu, zgodnie z treścią wniosku, udzielone zostało nieodwołalne i niewygasające w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pełnomocnictwo do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, stanowiącego oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.
- Na podstawie uzyskanych przez Towarzystwo informacji, zawartych we wniosku, Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia bądź zaproponować ubezpieczającemu zawarcie takiej umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia wraz z infor-

macją, o postanowieniach umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferenta Towarzystwa została przyjęta, a umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami ubezpieczenia zaproponowanymi przez Towarzystwo w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

9. Ochrona ubezpieczeniowa oferowana w umowie ubezpieczenia może zostać przedłużona na kolejny roczny okres w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Towarzystwo wysyła ofertę zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia na kolejny rok przynajmniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed końcem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, a ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo o swojej decyzji. Jeżeli ubezpieczający akceptuje warunki ubezpieczenia zaproponowane w ofercie Towarzystwa, wtedy wystarczającym poinformowaniem jest wpłacenie właściwej składki w wysokości i terminie, które zostały zaproponowane w ofercie. Nie przyjęcie oferty przez ubezpieczającego oznacza nie zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny rok ubezpieczenia.
10. Z zastrzeżeniem zdania następnego, każda propozycja dotycząca zawarcia kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, będzie dotyczyła tego samego pakietu, który obowiązuje w umowie ją poprzedzającej, przy czym zmianie może ulec wysokość składki ubezpieczeniowej. Oferta zawarcia kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia przedstawiana ubezpieczającemu w rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez ubezpieczonego pięćdziesiątego piątego roku życia, albo w rocznicę ubezpieczenia, w którą ubezpieczony kończy pięćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin ubezpieczonego, zawiera także zmianę pakietu na Pakiet 55plus.
11. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie

przed zawarciem umowy ubezpieczenia po raz pierwszy lub objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

12. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 11, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 11 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
13. Postanowienia ustępu poprzedzającego stosuje się również po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia po raz pierwszy. Jednakże w przypadku śmierci ubezpieczonego mającej miejsce po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia po raz pierwszy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu pierwszej umowy lub objęciu ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy podano informacje nieprawdziwe.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia jest:
- 1) życie i zdrowie ubezpieczonego;
 - 2) zdarzenie w życiu ubezpieczonego dotyczące członków jego rodziny.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w niej przewidzianego, które nastąpiło w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia, w zależności od wybranego pakietu, obejmuje wskazane niżej zdarzenia:

	Pakiet Kompletny 40	Pakiet Zdrowotny 40	Pakiet Rodzinny 40	Pakiet Podstawowy 40	Pakiet 55plus 40
	Pakiet Kompletny 20	Pakiet Zdrowotny 20	Pakiet Rodzinny 20	Pakiet Podstawowy 20	Pakiet 55plus 20
	Pakiet Kompletny 10	Pakiet Zdrowotny 10	Pakiet Rodzinny 10	Pakiet Podstawowy 10	Pakiet 55plus 10
śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	✓	✓	✓	✓	✓
śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	✓	✓	✓	✓	✓
trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	✓	✓	✓	✓	✓
śmierć małżonka ubezpieczonego	✓	✓	✓	✓	✓
śmierć małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	✓	✓	✓	✓	✓
śmierć rodzica ubezpieczonego	✓	✓	✓	✓	✓
poważne zachorowanie ubezpieczonego	✓	✓			
leczenie szpitalne ubezpieczonego	✓	✓			
postępowanie medyczne podczas hospitalizacji	✓	✓			
urodzenie się dziecka ubezpieczonego	✓		✓		
śmierć dziecka ubezpieczonego	✓		✓		
osierocenie dziecka ubezpieczonego	✓		✓		

4. Pakiet określający zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej oferowanej ubezpieczonemu wskazany jest w polisie. Zestawienie oferowanych pakietów określa załącznik nr 1 do OWU.

§ 4 UBEZPIECZONY KONTYNUUJĄCY

1. Jeżeli w dacie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oferowanej w ramach umowy ubezpieczenia grupowego w zakresie ochrony ubezpieczonego kontynuującego było przewidziane zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną w ramach niniejszego ubezpieczenia oraz jeżeli w tej dacie:
 - a) ubezpieczonemu kontynuującemu udzielana była w zakresie danego zdarzenia ochrona ubezpieczeniowa nie ograniczona tylko do zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwych wypadków, to zawarte w niniejszych OWU postanowienia ograniczające ochronę ubezpieczeniową do zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwych wypadków oraz postanowienia uzależniające wysokość świadczenia od stażu ubezpiezonego w ubezpieczeniu nie mają zastosowania;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana ubezpieczonemu kontynuującemu w zakresie danego zdarzenia była okresowo ograniczona do zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwych wypadków albo okresowo całkowicie wyłączona, to w przypadku zdarzeń z okresowo ograniczoną albo okresowo wyłączoną ochroną ubezpieczeniową, okres ograniczonej albo wyłączonej ochrony wynikający z niniejszej umowy ubezpieczenia zostaje skrócony o liczbę dni ograniczonej lub wyłączonej ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających wygaśnięcie ochrony w ubezpieczeniu grupowym i wcześniejszych umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU, a w przypadku zdarzeń ze świadczeniem uzależnionym od stażu w ubezpieczeniu wymieniona liczba dni zostaje zaliczona do obowiązującego na podstawie niniejszych OWU stażu dotyczącego danego ryzyka.
2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia grupowego definicja nieprawidłowości zdrowotnych zaistniałych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zawarta w ogólnych warunkach ubezpieczenia mających zastosowanie w tej umowie ubezpieczenia grupowego była inna, niż definicja nieprawidłowości zdrowotnych zaistniałych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zawarta w niniejszych OWU albo została dla ubezpiezonego kontynuującego zmieniona w wyniku przeprowadzonej dla niego oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w niniejszej umowie ubezpieczenia oraz kolejnych rocznych umowach ubezpieczenia, w stosunku do tego ubezpiezonego kontynuującego definicja nieprawidłowości zdrowotnych zaistniałych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej obowiązuje w brzmieniu określonym jak w umowie ubezpieczenia grupowego.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, powyżej, zmieniona definicja nieprawidłowości zdrowotnych obowiązująca w stosunku do ubezpieczonego kontynuującego, zostanie wskazana w dokumencie ubezpieczenia (na polisie).
4. W każdym przypadku kontynuacji ubezpieczenia grupowego w dokumencie ubezpieczenia (na polisie) zostaną oznaczone – poprzez wskazanie tytułu i sygnatury – warunki ogólne umowy ubezpieczenia grupowego, które obowiązywały ubezpieczonego do dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oferowanej mu w ramach umowy ubezpieczenia grupowego.

§ 5 OKRES UBEZPIECZENIA

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej, zaś kończy z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 6 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa łączną składkę ubezpieczeniową, której wysokość oznaczona jest w polisie. Łączna składka ubezpieczeniowa stanowi sumę składek ubezpieczeniowych odpowiadających poszczególnym ryzykom ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej kalkulowana jest metodami aktuarialnymi w oparciu o informacje dotyczące ubezpieczonego, w tym w szczególności dotyczące jego wieku oraz pakietu, które mają zastosowanie w umowie ubezpieczenia. Towarzystwo gwarantuje niezmienną wysokość składki w czasie trwania każdego roku ubezpieczenia. Kwota składki określona zostaje w taki sposób, aby zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem zawiesznień lub ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa mających miejsce w okresach oferowania przez Towarzystwo ochrony o ograniczonym zakresie lub wysokości, w tym ograniczeń Towarzystwa

związanych z wypłaceniem świadczenia z określonej grupy zdarzeń, oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. Polisa może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki..
4. W razie niezapłaty składki w terminie, Towarzystwo ma prawo wezwać ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy, przynajmniej siedmiodniowy termin zapłaty tej składki, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem tego terminu.

§ 7 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych obowiązujące w umowie ubezpieczenia wskazane są w polisie.
2. Przy obliczaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązującej w dniu zajścia tego zdarzenia.

§ 8 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO ORAZ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ustępów 2-5 poniżej.
2. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu kontynuującemu w ramach umowy ubezpieczenia grupowego zawartej z Towarzystwem zostało mu wypłacone świadczenie z tytułu niezdolności do pracy albo niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego należne z niniejszej umowy będzie równe wyższej z kwot: kwoty równej 100 (sto) złotych oraz kwoty równej różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego obowiązującą w niniejszej umowie ubezpieczenia w dniu śmierci ubezpieczonego i kwotą wypłaconego wcześniej świadczenia z tytułu niezdolności do pracy albo niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej na kolejne roczne okresy ubezpieczenia.
4. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 1, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 1 oraz ust. 4, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.

§ 9 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO ORAZ ŚMIERCI MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci małżonka ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równej wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka ubezpieczonego.
2. W razie śmierci małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, niezależnie od świadczenia wskazanego w ust. 1, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci małżonka ubezpieczonego w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni udzielania ochrony ubezpieczeniowej ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż 100% (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Jeżeli ubezpieczony zmarł przed ustaleniem wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłączenia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz – jeżeli zostały spełnione przesłanki wskazane w § 8 – również świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i wypadku komunikacyjnego.

§ 10

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI RODZICA UBEZPIECZONEGO

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, poniżej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci rodzica ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego.
2. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU, wysokość świadczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego w okresie pierwszych 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem ubezpieczonego w ubezpieczeniu i wynosi: 10% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego od pierwszego do dziewięćdziesiątego dnia, 40% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego od dziewięćdziesiątego pierwszego do sto osiemdziesiątego dnia oraz 70% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego od sto osiemdziesiątego pierwszego do dwieście siedemdziesiątego dnia; po tym okresie świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica ubezpieczonego. Postanowienie zdania poprzedzającego nie dotyczy przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.

§ 11

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego. Jeżeli zgodnie z opinią tego lekarza okres leczenia ubezpieczonego będzie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 (sześciu) miesięcy leczenia może złożyć Towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia.
3. Przewidywaną wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez ubezpieczonego oraz po ustaleniu lekarza przez nie wyznaczonego.
4. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed tym wypadkiem. Jeżeli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których 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 stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku, za który wypłacono świadczenie. Jeżeli określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed nieszczęśliwym wypadkiem, nie jest możliwe, przyjmuje się, że wcześniej uszczerbek na zdrowiu nie istniał.
5. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy następujących po dacie nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia ubezpieczonego, Towarzystwo na wniosek ubezpieczonego, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi, ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia.

§ 12

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w Wykazie Poważnych Zachorowań, stanowiącego załącznik nr 3 do OWU, które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
2. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego jest:
 - 1) dzień zabiegu/operacji – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: operacja aorty, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass);
 - 2) dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu, jeśli ubezpieczony 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 w Wykazie Poważnych Zachorowań – w przypadku nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym;
 - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w Wykazie Poważnych Zachorowań – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: 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 postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie poważnego zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach pozostałych poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, a nie wymienionych w pkt. 1-5 powyżej.
3. Z zastrzeżeniem kolejnego zdania, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie ubezpieczenia. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia grupowego zawartej z Towarzystwem oraz niniejszej umowy zawartej po raz pierwszy, a także każdej z kolejnych umów ubezpieczenia, zawieranych w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia, zostało ubezpieczonemu wypłacone świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, świadczenie należne z niniejszej umowy będzie równe wyższej z kwot: kwoty równej 100 (sto) złotych oraz kwoty równej różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującą w niniejszej umowie ubezpieczenia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania i kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń z tego samego tytułu.
4. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni obejmowania danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych warunków ogólnych. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania, poza innymi przypadkami wymienionymi w niniejszych OWU, nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli:
 - 1) poważne zachorowanie będzie związane z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego;
 - 2) poważne zachorowanie wystąpi na skutek zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;

- 3) poważne zachorowanie będzie spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego nastąpi śmierć ubezpieczonego.
- 5) poważne zachorowanie wystąpi w okresie 5 (pięciu) lat, licząc od pierwszego dnia udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej tytułem ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania i jednocześnie przed tym dniem u ubezpieczonego zdiagnozowano lub leczono:
 - a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu powodującego trwale ubytki neurologiczne,
 - b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
 - c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).
7. Z zastrzeżeniem ust. 9, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, z tytułu którego wypłacono świadczenie, lub postępowaniem medycznym, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji wykazu .
8. Pięcioletni okres, o którym mowa w ust. 7, powyżej, dotyczy okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia oraz każdej kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia zawieranej w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka świadczenia szpitalnego w ubezpieczeniu grupowym – w przypadku, gdy niniejsza umowa została zawarta na rzecz ubezpieczonego kontynuującego;
 - b) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia, w tym każdego z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia – w pozostałych przypadkach.

§ 13

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO PODCZAS HOSPITALIZACJI – ŚWIADCZENIE SZPITALNE „ZDROWE ŻYCIE”

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach świadczenia szpitalnego jest operacyjne lub zabiegowe postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego będących przyczyną hospitalizacji ubezpieczonego 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 2 do OWU. Dodatkowo, ochroną ubezpieczeniową objęte są również dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w części 3. wykazu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie zajścia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, określonego w ust. 1 zdarzenia ubezpieczeniowego – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do OWU stawki procentowej i sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego ryzyka. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowych zdarzeń ubezpieczeniowych jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia ryzyka postępowania medycznego podczas hospitalizacji, ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.
3. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego Towarzystwo wypłaci również świadczenie dodatkowe, 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 ubezpieczony może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu dodatkowym z tytułu każdego dodatkowego zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku oraz świadczeń dodatkowych, związanych z takim zdarzeniem ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu przeprowadzenia na rzecz ubezpieczonego postępowania medycznego, które opisano w części 2. wykazu stanowiącego załącznik nr 2 do OWU, jest należne, o ile hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej:
 - a) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia, każdego z przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w niej oferowanej poprzez zawarcie kolejnej rocznej umowy w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia, a także umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka świadczenia szpitalnego w ubezpieczeniu grupowym – w przypadku, gdy niniejsza umowa została zawarta na rzecz ubezpieczonego kontynuującego;
 - b) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia oraz każdej kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia zawieranej w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia – w pozostałych przypadkach.
7. Z zastrzeżeniem ust. 9, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem, miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, z tytułu którego wypłacono świadczenie, lub postępowaniem medycznym, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji wykazu .
8. Pięcioletni okres, o którym mowa w ust. 7, powyżej, dotyczy okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia oraz każdej kolejnej rocznej umowy ubezpieczenia zawieranej w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka świadczenia szpitalnego w ubezpieczeniu grupowym – w przypadku, gdy niniejsza umowa została zawarta na rzecz ubezpieczonego kontynuującego;
 - b) tytułem niniejszej umowy ubezpieczenia, w tym każdego z przedłużeń tej umowy w trybie wskazanym w OWU niniejszej umowy ubezpieczenia – w pozostałych przypadkach.
9. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 7 i 8, wynosi mniej niż 5 (pięć) lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
10. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 8 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 9 zostały określone w wykazie, odrębnie dla każdej z pozycji.
11. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 6, 7, 8 i 9, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz ubezpieczonego, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
12. Dokumentację potwierdzającą zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - a) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania;
 - b) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - c) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami ubezpieczonego w szpitalu;
 - d) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
13. Świadczenie z tytułu przeprowadzenia postępowania medycznego podczas hospitalizacji wypłacane jest ubezpieczonemu nie wcześniej niż po zakończeniu hospitalizacji. W razie śmierci ubezpieczonego w trakcie hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
14. W przypadku, gdy w trakcie jednej hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego najwyższemu ze świadczeń, przewidzianych na wypadek zdarzeń, których roszczenie dotyczy.
15. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego przeprowadzonego podczas hospitalizacji, poza przypadkami odrębnie wymienionymi w niniejszych OWU, nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie:
 - 1) w związku z leczeniem przez ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 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 ubezpieczenia;
 - 3) w związku z, chorobą psychiczną ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi, wadą wrodzoną ubezpieczonego lub chorobą wywołaną u ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;
 - 4) w wyniku usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, przy czym również w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności;
 - 5) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej, ujawnionego w dokumentacji medycznej ubezpieczonego;
 - 6) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej;

- 7) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego ubezpieczonego;
- 8) jako rezultat nieprawidłowości zdrowotnych występujących u ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w ramach świadczenia szpitalnego „Zdrowe Życie” po raz pierwszy.

§ 14

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia jest leczenie szpitalne ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego ubezpieczonego, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 6-7, przy czym suma świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych ubezpieczonemu za leczenia szpitalne odbyte w trakcie roku ubezpieczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
3. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli leczenie szpitalne jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
4. Z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu, wysokość świadczenia z tytułu danego leczenia szpitalnego rozpoczętego w okresie ubezpieczenia jest różnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego ubezpieczonego i wynosi:
 - a) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - b) iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia – za pierwsze czterdzieści dni leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
 - c) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego dnia do wyczerpania sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego w każdym roku ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne ubezpieczonego, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych spowodowanych tym nieszczęśliwym wypadkiem, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne ubezpieczonego traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego ubezpieczonego, przy zastosowaniu wskazanych w ust. 4 wskaźników procentowych.
7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane jest ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.
8. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego, związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego, nie mają charakteru wyłącznego wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia ubezpieczonego, Towarzystwo może zażądać od ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. W przypadku odmówienia przez Ubezpieczonego wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo może nie wypłacić świadczenia.
9. O przebytych leczeniu szpitalnym ubezpieczonego Towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia leczenia szpitalnego.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu leczenia szpitalnego, poza przypadkami odrębnie wymienionymi niniejszych OWU, nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli ubezpieczony zmarł podczas hospitalizacji, a także jeżeli leczenie szpitalne ubezpieczonego wystąpi:

- 1) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u ubezpieczonego;
- 2) na skutek zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
- 3) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną ubezpieczonego, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ ubezpieczony;
- 4) w związku z takim pobytem w szpitalu, który miał wyłączenie charakteru diagnostyczny lub obserwacyjny, jak również w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego ubezpieczonego.

§ 15

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci dziecka ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego wskazanej w umowie ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka ubezpieczonego.
2. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku, jeżeli śmierć dziecka jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu śmierci dziecka ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli w chwili śmierci dziecko miało nieukończone 12 miesięcy.

§ 16

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową jest urodzenie się dziecka ubezpieczonego lub przysposobienie przez ubezpieczonego dziecka w wieku do ukończonego 10. (dziesiątego) roku życia. W przypadku przysposobienia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest data uprawomocnienia się orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka przez ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, poniżej, udzielana w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonego lub w przypadku przysposobienia przez ubezpieczonego dziecka w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tego tytułu, wskazanej w umowie ubezpieczenia oraz liczby dzieci, które w czasie jednego porodu urodzą się żywe lub zostaną przysposobione.
3. Z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU, w umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, wysokość świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonego w okresie pierwszych 270 (dwustu siedemdziesięciu) dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową rośnie wraz ze stażem ubezpieczonego w ubezpieczeniu 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. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
4. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, w okresie pierwszych dwustu siedemdziesięciu dni udzielania ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa za zdarzenie przysposobienia dziecka przez ubezpieczonego nie istnieje; po upływie okresu wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa za to zdarzenie ubezpieczeniowe wysokość świadczenia z tytułu przysposobienia dziecka jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.

§ 17

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową jest osierocenie dziecka, przez co rozumie się śmierć ubezpieczonego mającą miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, udzielana w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w przypadku osierocenia dziecka ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka, wskazanej w umowie ubezpieczenia. W przypadku, gdy uprawnienie do świadczenia przysługuje więcej niż jednemu dziecku, świadczenie zostanie wypłacone każdemu z uprawnionych.
3. W umowie ubezpieczenia zawieranej po raz pierwszy, w okresie pierwszych 180 (stu osiemdziesięciu) dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej ubezpieczonemu w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli śmierć ubezpieczonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 1 pkt b) niniejszych OWU. Postanowienia zdania poprzedzającego nie dotyczą przedłużeń ochrony ubezpieczeniowej w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia.
4. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli śmierć ubezpieczonego będzie skutkiem zdarzeń opisanych w § 18 ust. 1, 2 i 3, a także nastąpi:
 - 1) na skutek zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 2) w związku z chorobą psychiczną ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

§ 18

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to 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 ubezpieczonego 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 ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym;
 - 4) w związku z udziałem ubezpieczonego 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 ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 2, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego, śmierci małżonka ubezpieczonego, śmierci dziecka ubezpieczonego oraz śmierci rodzica ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie to nastąpi w ciągu pierwszych 365 (trzystu sześćdziesięciu pięciu) dni udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej i będzie spowodowane nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie również wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku i wypadku komunikacyjnego ubezpieczonego, śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku małżonka ubezpieczonego, śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku dziecka ubezpieczonego, śmierć rodzica ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie ubezpieczonego a także postępowanie medyczne przeprowadzone podczas hospitalizacji oraz leczenie szpitalne ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego 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); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego 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 ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) przestępstwa;
 - 3) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) wskazań i zaleceń lekarskich, mających

potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecka); w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV;

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony (albo jego małżonek, albo jego dziecko), przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony (albo jego małżonek, albo jego dziecko) był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanym 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 ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego 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 ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecka) 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 ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) lub udziałem ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecko) w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
- 7) w związku z takim uszkodzeniem ciała, które w dokumentacji medycznej ubezpieczonego (albo jego małżonka, albo jego dziecka) zostanie określone jako mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy.

§ 19

USTALENIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacane jest wskazanym przez ubezpieczonego uposażonym. Świadczenie z tytułu śmierci małżonka ubezpieczonego, śmierci rodzica ubezpieczonego oraz śmierci dziecka ubezpieczonego wypłacane jest ubezpieczonemu. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania, leczenia szpitalnego, postępowania medycznego przeprowadzonego na rzecz ubezpieczonego podczas hospitalizacji oraz urodzenia dziecka ubezpieczonego wypłacane jest ubezpieczonemu. Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka ubezpieczonego wypłacane jest dziecku ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, zaś jego udział przypada wtedy pozostałym uposażonym w częściach wprost proporcjonalnych do wysokości ich udziałów. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z zasadami dziedziczenia ustawowego.
4. W razie śmierci małżonka ubezpieczonego, rodzica ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego świadczenie przypada ubezpieczonemu z zastrzeżeniem, że jeżeli ubezpieczony umyślnie przyczynił się do śmierci danej osoby świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 20

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości tego świadczenia.
2. Bezzwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym

niowym Towarzystwo pisemnie lub w innej formie poinformuje uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty świadczenia.

3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia ubezpieczonego, Towarzystwo może zażądać od ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. W przypadku odmówienia przez Ubezpieczonego wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo może nie wypłacić świadczenia.
4. W razie zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną. Postanowienia zdań poprzedzających stosuje się również, jeżeli sporna jest tylko część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe 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.

§ 21

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie trzydziestu dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, na który przypadała ostatnio opłacona składka, nie wcześniej jednak niż z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) upływu okresu na jaki została zawarta i nie zawarcia kolejnej umowy w trybie określonym w § 2 ust. 9 i 10.
2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą przez niego składkę w wysokości nominalnej, przy czym ma prawo potrącić składkę za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Składka jest zwracana w terminie nie dłuższym niż 30 (trzydzieści) dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 22

CESJA

Ubezpieczający może przenieść na osoby trzecie prawa przysługujące mu z umowy ubezpieczeniowej wyłącznie za uprzednią zgodą Towarzystwa.

§ 23

OŚWIADCZENIA WOLI

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Złożony podpis powinien być zgodny z wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe po stronie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego

i uposażonego zastępczego oraz innych osób, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na oświadczenie lub powiadomienie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli złożony podpis nie jest zgodny z wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu.

2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego..

§24

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 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, ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust.10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 25

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

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

§ 26

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:
 - a) zgody udzielonej przez ubezpieczonego, 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;
 - b) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
 - c) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - d) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych ubezpieczonego, 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 rozpatrzeniem 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 te jednostki powiązane.
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.

§ 26

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
2. Spór wynikający z niniejszej umowy ubezpieczenia może zostać poddany pod rozstrzygnięcie w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

§ 27

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do niniejszych OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Załącznik nr 1 – Zestawienie pakietów określające zakres ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia w poszczególnych pakietach;
- 2) Załącznik nr 2 – Wykaz postępowań medycznych przeprowadzanych w trakcie hospitalizacji oraz podana w % sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń ubezpieczeniowych;
- 3) Załącznik nr 3 – Wykaz poważnych zachorowań.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 7 maja 2018 roku, z mocą obowiązującą od dnia 8 maja 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU

ZESTAWIENIE PAKIETÓW OKREŚLAJĄCE ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚCI SUM UBEZPIECZENIA W POSZCZEGÓLNYCH PAKIETACH

1. PAKIETY KOMPLETNE

Wiek ubezpieczonego do 55 lat	Kompletny(40)	Kompletny(20)	Kompletny(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka	10 000	7 500	5 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć wskutek NW	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka wskutek NW	10 000	7 500	5 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	40 000	20 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	40 000	28 000	20 000
Poważne zachorowania	10 000	5 000	5 000
Leczenie szpitalne	5 000	5 000	5 000
Postępowanie medyczne w trakcie hospitalizacji	15 000	5 000	5 000
Śmierć dziecka – wariant rozszerzony	5 000	3 000	3 000
Urodzenie się dziecka	1 000	750	500
Osierocenie dziecka	5 000	3 000	3 000

Wiek ubezpieczonego powyżej 55 lat	55plus(40)	55plus(20)	55plus(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	30 000	15 000	10 000
Śmierć małżonka ubezpieczonego	7 500	6 000	4 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć ubezpieczonego wskutek NW	30 000	15 000	7 500
Śmierć małżonka wskutek NW	7 500	6 000	4 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	30 000	15 000	7 500
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	30 000	21 000	15 000

2. PAKIETY ZDROWOTNE

Wiek ubezpieczonego do 55 lat	Zdrowotny(40)	Zdrowotny(20)	Zdrowotny(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka	10 000	7 500	5 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć wskutek NW	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka wskutek NW	10 000	7 500	5 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	40 000	20 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	40 000	28 000	20 000
Poważne zachorowania	10 000	5 000	5 000
Leczenie szpitalne	5 000	5 000	5 000
Postępowanie medyczne w trakcie hospitalizacji	15 000	5 000	5 000

Wiek ubezpieczonego powyżej 55 lat	55plus(40)	55plus(20)	55plus(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	30 000	15 000	10 000
Śmierć małżonka ubezpieczonego	7 500	6 000	4 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć ubezpieczonego wskutek NW	30 000	15 000	7 500
Śmierć małżonka wskutek NW	7 500	6 000	4 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	30 000	15 000	7 500
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	30 000	21 000	15 000

3. PAKIETY RODZINNE

Wiek ubezpieczonego do 55 lat	Rodzinny(40)	Rodzinny(20)	Rodzinny(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka	10 000	7 500	5 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć wskutek NW	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka wskutek NW	10 000	7 500	5 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	40 000	20 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	40 000	28 000	20 000
Śmierć dziecka – wariant rozszerzony	5 000	3 000	3 000
Urodzenie się dziecka	1 000	750	500
Osierocenie dziecka	5 000	3 000	3 000

Wiek ubezpieczonego powyżej 55 lat	55plus(40)	55plus(20)	55plus(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	30 000	15 000	10 000
Śmierć małżonka ubezpieczonego	7 500	6 000	4 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć ubezpieczonego wskutek NW	30 000	15 000	7 500
Śmierć małżonka wskutek NW	7 500	6 000	4 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	30 000	15 000	7 500
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	30 000	21 000	15 000

4. PAKIETY PODSTAWOWE

Wiek ubezpieczonego do 55 lat	Podstawowy(40)	Podstawowy(20)	Podstawowy(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka	10 000	7 500	5 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć wskutek NW	40 000	20 000	10 000
Śmierć małżonka wskutek NW	10 000	7 500	5 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	40 000	20 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	40 000	28 000	20 000

Wiek ubezpieczonego powyżej 55 lat	55plus(40)	55plus(20)	55plus(10)
Zdarzenia ubezpieczeniowe	Sumy ubezpieczenia		
Śmierć ubezpieczonego	30 000	15 000	10 000
Śmierć małżonka ubezpieczonego	7 500	6 000	4 000
Śmierć rodzica ubezpieczonego	1 000	750	500
Śmierć ubezpieczonego wskutek NW	30 000	15 000	7 500
Śmierć małżonka wskutek NW	7 500	6 000	4 000
Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	30 000	15 000	7 500
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW	30 000	21 000	15 000

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH PRZEPROWADZONYCH W TRAKCIE HOSPITALIZACJI ORAZ PODANA W % SUMY UBEZPIECZENIA
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

Część 1			
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
1	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%
2	5 lat/5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%
3	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%
4	5 lat/18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%
5	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%
6	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
7	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
8	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
9	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
10	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
11	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
12	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%
13	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
14	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
15	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
16	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
17	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%
18	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%
19	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%
20	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%
21	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%
22	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%
23	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%
24	5 lat/18 mies.	Przepuklina jądra miazdżystego leczona operacyjnie	7%
25	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%

CHOROBY NARZĄDU WZROKU			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
26	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%
27	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%
28	5 lat/5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%
29	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%
30	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%
31	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%
32	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%
33	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%
34	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%
35	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%
36	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%
37	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%
38	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%
39	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%
40	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
41	5 lat	Krwawienie z nosa leczone metodą zabiegową (z wyłączeniem polipa i urazu nosa)	2%
42	nie dotyczy	Uraz nosa leczony operacyjnie	3%
43	5 lat	Przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego leczony operacyjnie	4%
44	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	3%
45	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%
46	5 lat/5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%
47	5 lat/5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%
48	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%
49	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%
50	5 lat/5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%
51	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%
52	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%
53	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%
54	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%
55	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%
56	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%
57	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%
58	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%
59	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%
60	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
61	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%
62	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
63	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
64	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%
65	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%
66	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
67	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
68	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
69	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
70	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%
71	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
72	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
73	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
74	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
75	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
76	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
77	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
78	5 lat/5 lat	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%
79	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%
80	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%
81	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
82	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
83	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
84	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przeszskórnej lub metodą CARTO	18%
85	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
86	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	30%
87	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
88	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
89	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
90	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%
91	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%
92	5 lat	Tętniak aorty leczone przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%
93	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
94	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przeszskórnejastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
95	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczone przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%
96	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczone przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	24%
97	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczone przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%
98	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczone przeszskornąastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	25%
99	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
100	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
101	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
102	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
103	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
104	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
105	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
106	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%
107	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%
108	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%
109	5 lat	Krwawienie z żyłaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%
110	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%
111	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%
112	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%
113	5 lat/5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%
114	5 lat/5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%
115	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
116	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%
117	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%
118	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%
119	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%
120	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%
121	5 lat	Wrzodzące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
122	5 lat	Wrzodzące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
123	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%
124	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
125	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
126	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%
127	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
128	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%
129	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%
130	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%
131	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%
132	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%
133	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
134	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
135	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
136	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
137	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytowego)	18%
138	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytowego)	25%
139	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytowego)	21%
140	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczno-odbytowego)	27%
141	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
142	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczno-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
143	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%
144	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego lub kamica przewodowa leczone operacyjnie	7%
145	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%
146	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
147	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%
148	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnątrznych)	6%
149	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
150	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
151	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
152	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
153	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
154	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%
155	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%
156	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%
157	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
158	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%
159	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
160	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
161	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
162	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
163	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%
164	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%
165	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%
166	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
167	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
168	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%
169	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%
170	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%
171	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
172	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
173	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%
174	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%
175	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%
176	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%
177	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%
178	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%
179	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%
180	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%
181	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%
182	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%
183	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
184	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
185	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	10%
186	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
187	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
188	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%
189	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%
190	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%
191	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%
192	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%
193	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
194	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
195	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%
196	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%
197	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%
198	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%
199	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%
200	5 lat/5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
201	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%
202	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%
203	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%
204	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%
205	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%
206	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
207	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%
208	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%
209	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
210	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%
211	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%
212	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%
213	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczone operacyjnie	17%
214	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczone operacyjnie	8%
215	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczone operacyjnie	5%
216	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczone operacyjnie	13%
217	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczone operacyjnie	17%
218	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczone operacyjnie	13%
219	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczone operacyjnie	10%
220	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%
221	5 lat/5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%
222	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone operacyjnie	21%
223	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%

CHOROBY SKÓRY

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
224	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%
225	5 lat	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%
226	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrzodzeń w przebiegu cukrzycy)	18%
227	5 lat/5 lat	Owrzodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	24%
228	5 lat	Torbiel włosowa leczone operacyjnie	3%
229	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczone operacyjnie	4%
230	5 lat/5 lat	Choroba sutka leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%
231	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczone operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	6%
232	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczone operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%
233	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczone operacyjnie	8%
234	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczone operacyjnie	8%
235	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
236	5 lat	Choroba tarczycy leczone operacyjnie	11%
237	5 lat	Choroba przytarczyc leczone operacyjnie	13%
238	5 lat	Choroba przysadki leczone operacyjnie	23%
239	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczone operacyjnie	15%
240	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczone operacyjnie	15%

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
241	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%
242	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%
243	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%
244	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%
245	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego, przetok i gruczolicy układu moczowego)	14%
246	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%
247	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodnego	10%
248	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%
249	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%
250	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
251	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
252	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%
253	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%
254	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
255	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
256	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
257	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
258	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%
259	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%
260	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%
261	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%
262	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub nasieniowodu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żyłaków powrózka nasiennego)	4%
263	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub nasieniowodu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żyłaków powrózka nasiennego)	5%
264	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	4%
265	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	6%
266	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	5%
267	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	7%
268	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	11%
269	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	15%

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
270	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektroauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%
271	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%
272	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%
273	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%
274	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
275	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
276	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
277	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%
278	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
279	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
280	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%
281	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
282	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
283	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%
284	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
285	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
286	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%
287	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%

CHOROBY HEMATOLOGICZNE			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
288	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%
289	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
290	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%
291	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
292	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%

TRAUMATOLOGIA			
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
293	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%
294	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%
295	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%
296	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%
297	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%
298	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%
299	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%
300	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%
301	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%

Część 2

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka Procentowa
302	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%
303	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%
304	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%
305	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.	Dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe	Stawka procentowa
306	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18% ale nie więcej niż 1 800 zł
307	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% ale nie więcej niż 3 000 zł

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

1. **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;
2. **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;
3. **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;
4. **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;
5. **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
6. **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie 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. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
7. **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów 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;
8. **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;
 9. **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 (dziewięćdziesięć 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);
 10. **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) nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
 - b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesiące 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 jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 11. **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.

Spis treści

Warunki ogólne ubezpieczenia na życie Dalej Razem nr OKG/2018/1	1
Załącznik nr 1 do OWU – Zestawienie pakietów określające zakres ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia w poszczególnych pakietach	10
Załącznik nr 2 do OWU – Wykaz postępowań medycznych przeprowadzonych w trakcie hospitalizacji oraz podana w % sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń ubezpieczeniowych	12
Załącznik nr 3 do OWU – Wykaz poważnych zachorowań	20



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