

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZ/J/2/2016)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie:

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego Perspektywa,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego Plus,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

### § 1. DEFINICJE

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

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
  - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
  - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
- 3) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 5) **poważne zachorowanie ubezpieczonego** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;
- 6) **poważne zachorowanie ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 7) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzonej taką samą datą dzienną i miesiącem kalendarzowym, co dzień rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, a jeżeli dniem rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia był dzień 29 lutego, to wtedy ostatni dzień tego miesiąca;
- 8) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
- 9) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 10) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki

wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;

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

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

12) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – poważne zachorowanie ubezpieczonego.

2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

### § 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego (dalej „świadczenie ubezpieczeniowe”), określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań stanowiącej załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
4. Tytułem dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone jedno świadczenie ubezpieczeniowe.

### § 3. OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło:
  - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezależnym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub na skutek nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
  - 2) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich lub w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego lub na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV,
  - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczest-

nictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
  - 5) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego lub w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
  3. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano:
    - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu,
    - 2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
    - 3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).
  4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego wystąpi w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczeń odpowiedzialności wskazanych powyżej nie stosuje się do poważnych zachorowań ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
  5. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli ubezpieczony zmarł w terminie 30 (trzydziestu) dni od wystąpienia tego poważnego zachorowania.

#### § 4.

#### ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia, który ukończył 18 (osiemnaście) lat, lecz nie ukończył 60 (sześćdziesiątego) roku życia w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia składana jest w czasie trwania umowy głównej.
3. Oferta zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest składana na formularzu wniosku Towarzystwa i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie zostały spełnione następujące przesłanki:
  - 1) wniosek został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny,
  - 2) do wniosku został dołączony dowód zapłacenia pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej.
4. Częścią integralną oferty ubezpieczającego zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest propozycja zmiany głównej umowy ubezpieczenia zgodnie z aneksem w formularzu wniosku Towarzystwa, o którym mowa w ust. 3. Do zmiany głównej umowy ubezpieczenia dochodzi z chwilą zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 6 i 7.
5. Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą zgodnie z treścią wniosku ubezpieczającego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa o przyjęciu oferty.
7. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia wraz z informacją o postanowieniach dodatkowej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści złożonego wniosku. Jednocześnie

Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

8. Postanowienia ust. 7 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczającego nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub treść formularza wniosku albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
9. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu tej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat, z zastrzeżeniem zdań następujących. Towarzystwo nie proponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
10. Jeżeli ubezpieczający najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, uważa się, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią oferty Towarzystwa. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

#### § 5.

#### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz w zawartej na ich podstawie dodatkowej umowie ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki i trwa do dnia rozwiązania tej umowy.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z możliwością jej zawarcia na kolejne okresy roczne.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą umowy głównej, wtedy pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą umowy głównej, wtedy pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

#### § 6.

#### SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje zmianę sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania wraz z ustaleniem wysokości składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej zgodnie z § 7 ust. 1, przy czym wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia proponowanemu w ramach głównej umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może wnioskować o obniżenie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania do wysokości nie niższej niż minimalna suma ubezpieczenia okresowo ustalana przez Towarzystwo, o której Towarzystwo informuje ubezpieczającego na jego wniosek.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo w ramach dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego Perspektywa.

## § 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana na podstawie wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.
3. Pierwsza składka ubezpieczeniowa należna z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna wraz ze złożeniem oferty zawarcia tej umowy.
4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu regulują § 4 ust. 9 oraz aneks do głównej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 4.
6. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.

## § 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującą w dniu wystąpienia tego poważnego zachorowania.
2. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego jest:
  - 1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: operacja aorty, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, operacja zastawek serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), usunięcie płuca (pneumonektomia),
  - 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 – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwór złośliwy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
  - 4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: amputacja kończyn, rozległe oparzenie, toczeń trzewny układowy (SLE), udar mózgu, zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, zawał serca,
  - 5) ostatni dzień 6 (sześć) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy,
  - 6) dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku gruźlicy,
  - 7) dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy) lub tężca,
  - 8) 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 niewymienionych w pkt. 1-7 powyżej.
3. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 7, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

## § 9. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczający lub ubezpieczony są zobowiązani poinformować Towarzystwo o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od jego wystąpienia.

## § 10. ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W razie odstąpienia od umowy ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
  - 1) z najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak rocznica umowy głównej, przypadającym po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia (jeżeli dniem rocznicy umowy głównej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, to wtedy z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego),
  - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem § 4 ust. 10,
  - 3) z dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 4) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
  - 5) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
  - 6) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,
  - 7) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłacenie nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.

## § 11. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

## § 12. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Tabela Poważnych Zachorowań,
- 2) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

## TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

1. **amputacja kończyn** – pourazowa utrata kończyny w miejscu wypadku lub zabieg operacyjny polegający na odjęciu kończyny wskutek choroby lub wypadku – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – musi dotyczyć jednocześnie co najmniej dwóch kończyn: na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej, na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
2. **bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
3. **choroba Alzheimera** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji<sup>1)</sup>. Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym zaburzeń psychicznych, AIDS lub nadużywania alkoholu oraz narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
4. **choroba Creutzfeldta-Jacoba** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wyniki badań EEG i badań obrazowych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji<sup>1)</sup>;
5. **choroba Leśniowskiego-Crohna** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca w trakcie leczenia wykonania częściowej resekcji jelita cienkiego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
6. **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy;
7. **choroba Parkinsona** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji<sup>1)</sup>, przy równoczesnym potwierdzeniu na podstawie obiektywnych objawów, że choroba ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Przypadki zespołu Parkinsona wywołanego przez czynniki toksyczne lub spowodowane nadużywaniem leków lub alkoholu nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
8. **ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch narządów i układów spośród takich jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
9. **dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji<sup>1)</sup>;
10. **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
11. **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
12. **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc., potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie występowania minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
  - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm<sup>3</sup>,
  - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm<sup>3</sup>,
  - c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm<sup>3</sup>.
 Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniem preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulacyjnymi czynność szpiku kostnego lub utrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
13. **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – z towarzyszącymi bezwzględными wskazaniem do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
14. **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać potwierdzone na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
  - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification),
  - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
  - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,

- d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
15. **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 brzuszczą, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
16. **operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
17. **operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna wymagająca wykonania sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza specjalistę kardiochirurga;
18. **operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
19. **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przezskórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
20. **porażenie kończyn** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy, rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
21. **postępująca twardzina układu (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa lub lekarza specjalistę dermatologa na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.
- Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- a) zlokalizowane postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
- b) eozynofilowe zapalenia powięzi,
- c) zespół CREST;
22. **postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do całkowitego unieruchomienia chorego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wystąpienie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy.
23. **pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji<sup>1)</sup>, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
- a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,
- b) zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu niebędące bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występującej nagle,
- c) sytuacje, gdy do powstania nieszczęśliwego wypadku, doszło z jakiegokolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia ubezpieczonego;
24. **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;
25. **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;
26. **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące znaczne obniżenie wydolności oddechowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich niżej wymienionych kryteriów:
- a) natężona objętość wydechu (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 1 (jednego) miesiąca,
- b) konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
- c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mm Hg ( $pO_2 < 55$  mm Hg),
- d) występowanie duszności spoczynkowej;
27. **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
- a) trwała żółtaczka,
- b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
- c) encefalopatia wrotna,
- d) żyłaki przełyku.
- Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
28. **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przejawiająca się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, potwierdzona ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
29. **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nierokującego możliwości poprawy.

- Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
30. **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnego antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
  - bolesne skurcze mięśni tułowia,
  - uogólnione skurcze
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
31. **toczeń trzewny układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:
- stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześć) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”,
  - stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.
- Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
32. **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
  - obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania schorzenia,
  - obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).
- Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
33. **usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
34. **utrata mowy** – całkowita, trwała 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;
35. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę laryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
36. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę okulistę. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
37. **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
38. **wrzodziejące zapalenie jelita grubego** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolectomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
39. **zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędnym z punktu widzenia medycznego,
  - przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu pierwszej umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie dodatkowej o niniejsze poważne zachorowanie,
  - serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
  - krw/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
  - ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii.
- Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
40. **zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
  - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

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

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

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:  
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy  
Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 (str. 2) § 8 ust. 1-2 (str. 3)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 1)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 1)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 7 ust. 1-3 (str. 3)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

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