OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (PZ/NPER/2/2012)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa.

§ 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) **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;
   2) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
   3) **poważne zachorowanie ubezpieczonego** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;
   4) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
   5) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – poważne zachorowanie ubezpieczonego;
   6) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
   7) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
   8) **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. 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 lub jest zawierana 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 – określonego w Tabelach Poważnych Zachorowań stanowiących załączniki do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.
4. Tytułem dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego.

§ 3.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło:
   1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
   2) na skutek nadużywania alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
   3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
   4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, a w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w wersji dla dzieci, także przez osoby, pod których opieką pozostaje ubezpieczony,
   5) w związku z chorobą umysłową ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi,
   6) na skutek wad wrodzonych ubezpieczonego – tylko w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w wersji dla dzieci,
   7) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
   8) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
   9) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
   10) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
   11) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego,
   12) na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV.
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 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 operacji pomostowania naczyń wieńcowych.
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.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego 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. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:
   1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
   2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może zostać złożona łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy. Do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieuregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Jeżeli Towarzystwo złoży taką ofertę, wówczas do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia i składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wersji standardowej albo w wersji dla dzieci.

§ 5.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy. W przypadku pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej podczas trwania głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może przedłużyć ten okres o rok, to znaczy do dnia poprzedzającego 2 (drugą) rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6.
SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania oraz wersja dodatkowej umowy ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.

§ 7.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana w zależności od wersji dodatkowej umowy ubezpieczenia – na podstawie płci, wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowy ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat i zwraca się jednocześnie z wypłatą wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat, a następnie – jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 8.
USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego.
2. Dniem wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego jest:
   1) dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach wskazanych w pkt 3 i 4 Tabeli Poważnych Zachorowań – wersja standardowa,
   2) dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu, jeśli ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadkach wskazanych w pkt 5 Tabeli Poważnych Zachorowań – wersja standardowa oraz w pkt 5 Tabeli Poważnych Zachorowań – wersja dla dzieci,
   3) ostatni dzień 12 (dwunasto) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku wskazanym w pkt 9 Tabeli Poważnych Zachorowań – wersja standardowa,
   4) dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem w Tabeli Poważnych Zachorowań – w pozostałych przypadkach.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest wypłacane ubezpieczonemu.
4. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 9.
OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczający lub ubezpieczony – a w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w wersji dla dzieci, także inne osoby, pod których opieką pozostaje 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. Postanowienia dotyczące odstąpienia od głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.

2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
   1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,
   2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
   3) z dniem wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego,
   4) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,
   5) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
   6) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
   7) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 11.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

§ 12.
ZAŁĄCZNIKI

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

1) Tabela Poważnych Zachorowań – wersja standardowa,
2) Tabela Poważnych Zachorowań – wersja dla dzieci.

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – WERSJA STANDARDOWA

1) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
2) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
   a. raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,
   b. wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
   c. czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (=<1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
   d. nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
   e. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
3) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub aorty brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty, za wyjątkiem zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
4) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty kardiologa, za wyjątkiem angioplastyki oraz jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
5) **przeszczep narządu** – przeszczepienie ubezpieczonemu jednego z poniższych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep tego narządu:
   a. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki,
   b. szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

   o ile przeszczep wynika z rozpoznania nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu;
6) **rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej 20 proc. (dwadzieścia procent) całkowitej powierzchni ciała ubezpieczonego uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia;
7) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesiąt sześć) godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
8) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, charakteryzujące się świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
9) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 (dwanaście) miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu krtani, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
11) **zawał serca** – pierwszy epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, potwierdzony rozpoznaniem opartym na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi, za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (angina pectoris).

TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – WERSJA DLA DZIECI

1) **cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – cukrzyca wymagająca leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, rozpoznana przez specjalistę diabetologa;
2) **łagodny nowotwór mózgu** – niezłośliwy wewnątrzczaszkowy nowotwór mózgu, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga i wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym;
3) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
4) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
   a. raka nieinwazyjnego (carcinoma in situ), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,
   b. wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
   c. czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (=<1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
   d. nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawnokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
   e. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;

5) **przeszczep narządu** – przeszczepienie ubezpieczonemu jednego z poniższych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep tego narządu:
   a. serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki,
   b. szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy,

   o ile przeszczep wynika z rozpoznania nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu;
6) **schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
   a. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
   b. trwała żółtaczka,
   c. żylaki przełyku,
   d. encefalopatia wrotna;
7) **zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, rozpoznane przez specjalistę neurologa i powodujące trwały ubytek neurologiczny, którego oceny dokonuje się po 6 (sześciu) miesiącach od zachorowania;
8) **zapalenie opon mózgowo rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie opon mózgowo rdzeniowych o ciężkim przebiegu, potwierdzone badaniem płynu mózgowo rdzeniowego, rozpoznane przez specjalistę neurologa, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym, którego oceny dokonuje się po 6 (sześciu) miesiącach od zachorowania.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 11 stycznia 2012 roku i weszły w życie 11 lutego 2012 roku.

AVIVA

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

120330/GR/0112/25000