



Ubezpieczenie grupowe Aviva

# Opiekun

Ogólne Warunki Ubezpieczenia



## SPIS TREŚCI

Warunki Ogólne Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym OPIEKUN nr 2/2007 .....	3
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	14
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu nr 2/2007 .....	16
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego nr 2/2007 .....	19
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	21
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	24
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy nr 2/2007 .....	26
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	29
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nr 2/2007 .....	32
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego nr 2/2007 .....	34
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania wariant III nr 2/2007 .....	37
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania – wariant IV nr 2/2007 .....	41
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika nr 2/2007 .....	45
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	47
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	50
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nr 2/2007 .....	53
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania małżonka uczestnika nr 2/2007 .....	56
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się dziecka nr 2/2007 .....	59
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci dziecka – wariant rozszerzony nr 2/2007 .....	61
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania dziecka uczestnika nr 2/2007 .....	63
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się martwego dziecka nr 2/2007 .....	66
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka osierocenia dziecka uczestnika nr 2/2007 .....	68
Warunki ogólne umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci rodzica nr 2/2007 .....	71



# WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM OPIEKUN NR 2/2007

## I. POSTANOWIENIA POZATOKOWE

### § 1 DEFINICJE

Ilekróć w Warunkach Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **alokacja** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego określonej w umowie ubezpieczenia części składki;
- 2) **automatyczny limit akceptacji** – ustalana przez towarzystwo maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia, która przyznawana jest bez dokonywania indywidualnej oceny podejmowanego przez towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez towarzystwo, w tym polisa;
- 4) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu towarzystwa; w przypadku wpłaty na rachunek bankowy towarzystwa jest nim dzień uznania tego rachunku;
- 5) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 6) **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – ustalana przez towarzystwo w sposób przewidziany w OWU część składki, przeznaczana na pokrycie kosztów podejmowanego przez towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 7) **kwotacja** – wstępna kalkulacja kosztu ubezpieczenia, przygotowana przez towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez ubezpieczającego przed złożeniem przez niego wniosku o ubezpieczenie, nie stanowiąca oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 9) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 10) **OWU** – niniejsze warunki ogólne;
- 11) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia doręczany ubezpieczającemu przez towarzystwo;
- 12) **rachunek** – wydzielony w sposób pojęciowy dla każdego uczestnika rachunek jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na którym w sposób określony w OWU gromadzone będą środki pochodzące z wpłacanych składek;
- 13) **rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok trwania ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą zawarcia umowy ubezpieczenia jest dzień 29 lutego, drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia miesiąca lutego;
- 14) **sporządzenie wniosku** – czynność polegająca na wypełnieniu formularza wniosku i podpisaniu go przez ubezpieczającego oraz osobę pośredniczącą przy zawieraniu umowy ubezpieczenia;
- 15) **suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika** – wynikająca z umowy ubezpieczenia kwota, którą na warunkach określonych w OWU towarzystwo zobowiązane jest zapłacić w przypadku śmierci uczestnika; wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika ustalana jest w oparciu o informacje uzyskane od ubezpieczającego;
- 16) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 17) **towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 18) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nie będąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 19) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe zwane również „funduszami”** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 20) **uczestnik** – osoba, na rachunek której umowa ubezpieczenia została zawarta (osoba ubezpieczona); w rozumieniu OWU pojęcie to oznacza również osobę ubiegającą się o przystąpienie do ubezpieczenia oraz osobę, w stosunku do której wygasła ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach umowy ubezpieczenia;
- 21) **umowa ubezpieczenia** – zawarta na podstawie niniejszych warunków ogólnych umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
- 22) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika;
- 23) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika w sytuacji, gdy w chwili śmierci uczestnika nie ma uposażonych;
- 24) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu zarachowane są na rachunek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalana jest zgodnie z zasadami i w terminach określonych w opisie danego funduszu;
- 25) **wartość rachunku** – łączna wartość jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku danego uczestnika;
- 26) **wniosek** – deklaracja woli zawarcia umowy ubezpieczenia, składana przez ubezpieczającego na formularzu towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia ubezpieczającego dotyczące uczestników i ubezpieczającego.

## II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku i podlega rozpatrzeniu przez towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
  - 1) od dnia sporządzenia wniosku do dnia dostarczenia go do Biura Głównego towarzystwa upłynęło nie więcej niż trzydzieści dni;
  - 2) wniosek wypełniony został w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny;
  - 3) do wniosku została dołączona aktualna kwotacja wraz z listą uczestników, którzy złożyli deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu, zawierająca w szczególności imiona i nazwiska uczestników, daty ich urodzenia, numery PESEL, płeć, wykonywane zawody, otrzymywane wynagrodzenie (wyłącznie w przypadku gdy ma ono wpływ na ustalenie wysokości składki i sumy ubezpieczenia) oraz proponowany zakres i wysokość ochrony ubezpieczeniowej;
  - 4) do wniosku dołączone zostały złożone przez uczestników deklaracje uczestnictwa wypełnione w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu deklaracji – zupełny;
  - 5) została zapłacona pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, o których mowa w pkt 3, w wysokości wynikającej z wniosku o ubezpieczenie;
  - 6) towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostały pełnomocnictwa do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestników, o których mowa w pkt 3, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
  - 7) do wniosku dołączone zostały dokumenty, inne niż wskazane w punktach poprzedzających, których przedstawienia zażądało towarzystwo przed złożeniem oferty przez ubezpieczającego.
3. O ile nie umówiono się inaczej, umowę na warunkach zgodnych z treścią wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.
4. Na podstawie uzyskanych przez towarzystwo informacji, zawartych we wniosku oraz dołączonych do niego dokumentach, towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia bądź zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie towarzystwa, wraz z pismem, w którym towarzystwo zwróci ubezpieczającemu uwagę na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści wniosku oraz wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej siedmiodniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu uważa się, iż umowa została zawarta zgodnie z treścią zaproponowaną przez towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
5. Do czasu doręczenia dokumentu ubezpieczenia ubezpieczający może cofnąć złożoną towarzystwu ofertę. W przypadku, gdy ubez-

pieczający skutecznie cofnie ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez niego składkę w wysokości nominalnej w terminie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o cofnięciu oferty. Jeżeli towarzystwo odmówi zawarcia umowy ubezpieczenia lub gdy ubezpieczający nie przyjmie kontroferty towarzystwa, postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio.

### § 3 PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia osoby, które spełnią warunki wskazane w umowie ubezpieczenia, będą składać ubezpieczającemu deklaracje uczestnictwa. Deklaracja składana jest na odpowiednim formularzu towarzystwa i może zostać złożona przez uczestnika w okresie trzydziestu dni poprzedzających dzień wymagalności składki regularnej.
2. W przypadku, gdy częstotliwość opłacania składki regularnej określona jest w umowie ubezpieczenia jako inna niż miesięczna, na wniosek ubezpieczającego towarzystwo może wyrazić zgodę na składanie deklaracji w innym terminie niż wskazany w ust. 1, ale oznaczonym tą samą datą dzienną co dzień wymagalności składki regularnej.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować towarzystwo o złożeniu przez uczestnika deklaracji uczestnictwa w terminie czternastu dni od dnia jej złożenia, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od dnia wymagalności pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika. Ponadto ubezpieczający obowiązany jest przekazać towarzystwu oryginał deklaracji uczestnictwa w terminie trzydziestu dni od dnia wymagalności pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika.
4. Postanowienia ust. 3 nie stosuje się w odniesieniu do uczestników, którzy złożą deklaracje uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku o ubezpieczenie lub w tym dniu. W takim przypadku wykonanie obowiązku informacyjnego wobec towarzystwa następuje poprzez dołączenie do wniosku dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 i 4.
5. Deklaracja uczestnictwa danego uczestnika, złożona po dniu sporządzenia wniosku o ubezpieczenie, zostaje przyjęta przez towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
  - 1) deklaracja uczestnictwa złożona została w terminie wskazanym w ust. 1 albo w terminie ustalonym zgodnie z ust. 2;
  - 2) deklaracja uczestnictwa wypełniona została w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w jej formularzu – zupełny;
  - 3) została zapłacona pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia uczestnika;
  - 4) towarzystwu, zgodnie z treścią deklaracji uczestnictwa, udzielone zostało pełnomocnictwo do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia uczestnika, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
6. Złożenie deklaracji uczestnictwa przez osoby, które nie spełniają warunków wskazanych w umowie ubezpieczenia jest bezskuteczne. Złożenie deklaracji jest bezskuteczne również w przypadku, gdy nie zostanie ona przekazana przez ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w ust. 3 bądź nie zostanie przyjęta przez towarzystwo z uwagi na niespełnienie przesłanek, o których mowa odpowiednio w § 2 ust. 2 pkt 4-6 lub w ust. 5 niniejszego paragrafu. Ewentualnie opłacona przez ubezpieczającego składka z tytułu ubezpieczenia osób, które bezskutecznie złożyły deklaracje uczestnictwa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w kwocie nominalnej.

7. Jeżeli umowa ubezpieczenia zostanie zawarta, za dzień przystąpienia do ubezpieczenia uważa się dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi zgodnie z § 6 ust. 1.
8. W przypadku spadku liczby uczestników ubezpieczenia poniżej liczby minimalnej określonej w dokumencie ubezpieczenia nie jest możliwe przystępowanie do ubezpieczenia nowych uczestników, chyba że strony postanowią inaczej. Przy obliczaniu liczby uczestników ubezpieczenia nie uwzględnia się uczestników objętych ubezpieczeniem bezskładkowym.

### III. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

#### § 4.

##### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie uczestnika.
2. Udzielana w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w razie śmierci uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości będącej sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, wskazanej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadkach wskazanych w OWU, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości będącej sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, wyłącznie w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Określony powyżej zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe. Objęcie uczestników ochroną z tytułu danego ryzyka dodatkowego następuje poprzez zawarcie przez ubezpieczającego umowy dodatkowej, na zasadach przewidzianych w odrębnych warunkach ogólnych. W razie zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia obok życia uczestnika może być dodatkowo zdrowie uczestnika oraz życie lub zdrowie osób wskazanych w tych umowach.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6, jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, która zgodnie z umową ubezpieczenia przysługiwałaby danemu uczestnikowi, przekracza automatyczny limit akceptacji, towarzystwo może przed przyznaniem uczestnikowi wnioskowanej ochrony zażądać poddania się przez niego badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa. W takim przypadku uczestnik zobowiązany jest ponadto do przedłożenia wszelkich wymaganych przez towarzystwo zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan jego zdrowia oraz udzielenia innych informacji uznanych przez towarzystwo za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Do dnia poprzedzającego dzień wymagalności składki regularnej, następującego bezpośrednio po podjęciu przez towarzystwo decyzji o wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika oraz pisemnego zakomunikowania jej ubezpieczającemu, uczestnikowi przysługuje suma ubezpieczenia w wysokości automatycznego limitu akceptacji. Ostateczna wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika ustalana przez towarzystwo w opisanym wyżej trybie nie może być niższa od automatycznego limitu akceptacji.
6. W przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) uczestnik przystąpił do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności składki regularnej, następujący po upływie trzech miesięcy od dnia, w którym uczestnik spełnił wskazane w umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
  - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzie-

ścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa przez okres pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia ograniczona jest zgodnie z OWU do zobowiązania do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

7. Postanowienia ust. 6 pkt 2 nie stosuje się, jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia, w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych pod uwagę nie są brani uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego, o którym mowa w § 7.
8. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, ochrona ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 5. Na wniosek ubezpieczającego wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika ograniczonej w sposób przewidziany w zdaniu poprzedzającym może ulec podwyższeniu w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w takim przypadku postanowienie ust. 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5

##### KATEGORIE UCZESTNIKÓW

1. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ustalanie odmiennych parametrów ubezpieczenia, w tym w szczególności składki, kosztu ochrony ubezpieczeniowej, automatycznego limitu akceptacji, sumy ubezpieczenia oraz zakresu ochrony ubezpieczeniowej dla wyodrębnionych w ramach umowy grup uczestników (kategorie). Parametry ubezpieczenia ustalone w ramach jednej kategorii obowiązują w stosunku do wszystkich uczestników do niej przypisanych.
2. Kryteria kwalifikacji uczestników do danej kategorii wskazane są w umowie ubezpieczenia, przy czym każdy uczestnik może być w tym samym czasie przypisany wyłącznie do jednej kategorii. Umowa ubezpieczenia może również przewidywać wybór kategorii przez uczestnika, bez konieczności spełniania kryteriów kwalifikacji.
3. Ubezpieczający obowiązany jest poinformować towarzystwo, jeżeli dany uczestnik przestał spełniać kryteria kwalifikacji kategorii, do której był dotychczas przypisany oraz wskazać inną kategorię, której kryteria taki uczestnik spełnia, w terminie siedmiu dni od dnia zaistnienia powyższej okoliczności. Z dniem wymagalności składki regularnej, następującej bezpośrednio po otrzymaniu informacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, uczestnik zostaje przypisany do kategorii, której kryteria spełnia.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia przewiduje wybór kategorii przez uczestnika, zmiana kategorii możliwa jest nie wcześniej niż po upływie pięciu lat uczestnictwa danego uczestnika w ubezpieczeniu i może być dokonywana nie częściej niż raz na pięć lat. Zmiana kategorii dokonywana jest na podstawie pisemnego wniosku uczestnika, poczynawszy od dnia wymagalności składki regularnej, następującej po otrzymaniu przez towarzystwo tego wniosku.
5. Jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika, która w wyniku zmiany kategorii przysługiwałaby danemu uczestnikowi jest wyższa od dotychczasowej i jednocześnie przekracza automatyczny limit akceptacji ustalony w ramach tej kategorii, postanowienie § 4 ust. 5 i 8 stosuje się odpowiednio.

#### § 6

##### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zostanie zawarta, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się odpowiednio:

- 1) późniejszego z dni, którymi są dzień wskazany w dokumencie ubezpieczenia oraz dzień następujący po dniu zapłaty pierwszej składki – w odniesieniu do uczestników, którzy złożyli deklarację uczestnictwa przed dniem sporządzenia wniosku lub w tym dniu;
  - 2) w dniu złożenia przez uczestnika deklaracji uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika – w przypadkach, o których mowa w § 3 ust. 2;
  - 3) w dniu wymagalności składki regularnej następującym po dniu złożenia przez uczestnika deklaracji uczestnictwa, nie wcześniej jednak niż w dniu zapłaty pierwszej składki z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika – w pozostałych przypadkach; chyba, że w dniu tym uczestnik przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby lub uszkodzenia ciała. W takim przypadku za dzień rozpoczęcia ochrony uważa się dzień wymagalności składki regularnej, bezpośrednio następujący po zakończeniu zwolnienia lekarskiego uczestnika. Składka opłacona za okres, w którym uczestnikowi nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa jest świadczeniem nienależnym i podlega zwrotowi w wysokości nominalnej.
2. W przypadku, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia towarzystwa o zwolnieniu lekarskim uczestnika nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania takiej informacji.
  3. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
    - 1) śmierci uczestnika;
    - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
    - 3) w którym rezygnacja uczestnika z ubezpieczenia, zgodnie z § 21, stała się skuteczna;
    - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
    - 5) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy dodatkowej, w przypadku, gdy warunki ogólne na podstawie których umowa dodatkowa została zawarta, tak stanowią;
    - 6) ostatnim dniu okresu, w którym nastąpiło ustanie stosunku prawnego łączącego uczestnika z ubezpieczającym, stanowiącego podstawę objęcia uczestnika ochroną ubezpieczeniową, za jaki została opłacona składka regularna, z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika – w odniesieniu do umów z miesięczną częstotliwością opłacania składki, bądź w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło ustanie tego stosunku prawnego – w pozostałych przypadkach.
5. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa również w razie przekraczającego trzydzieści dni opóźnienia w zapłacie składki regularnej z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ochrona wygasa w pierwszym dniu okresu, za który nie została opłacona składka regularna. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi ochronę ubezpieczeniową w dniu wymagalności składki regularnej następującym po wznowieniu przez ubezpieczającego opłacania składki regularnej z tytułu ubezpieczenia tego uczestnika. W przypadku ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej przez okres stu osiemdziesięciu dni jest ona ograniczona do zobowiązania do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, a postanowienia § 4 ust. 5 i 8 stosuje się odpowiednio.
  6. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, wygasła ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich uczestników i ubezpieczający, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, w terminie sześciu miesięcy od dnia wygaśnięcia tejże ochrony nie wznowił opłacania składek lub nie złożył wniosku o ponowne objęcie uczestników ochroną ubezpieczeniową, albo po złożeniu takiego wniosku nie wznowił jednocześnie opłacania składek w najbliższym dniu wymagalności składki regularnej. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu następującym po upływie okresu, w którym ubezpieczający mógł wykonać czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
  7. Na wniosek ubezpieczającego złożony nie później niż na trzydzieści dni przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 4, towarzystwo może wyrazić zgodę na kontynuowanie udzielania ochrony ubezpieczeniowej po rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po ukończeniu przez danego uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia.
- ## § 7 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE
1. Jeżeli w dniu zajścia zdarzenia wskazanego w § 6 ust. 3 pkt 4 i 6, uczestnikowi przysługuje prawo do wartości rachunku lub jego części, przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa nie wygasa lecz ulega przekształceniu w ten sposób, że począwszy od dnia następnego udzielana uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w razie śmierci uczestnika świadczenia ubezpieczeniowego, w wysokości równej wyłącznie przysługującej uczestnikowi wartości rachunku (ubezpieczenie bezskładkowe).
  2. W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego pobierana jest jedynie opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
  3. Przysługująca uczestnikowi w ramach ubezpieczenia bezskładkowego ochrona ubezpieczeniowa wygasa w przypadkach wskazanych w § 6 ust. 3 pkt 1-3.
- ## § 8 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA
- Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone do wartości rachunku uczestnika, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi:
- 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 1 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
- ## § 9 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
- Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone do wartości rachunku uczestnika, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;

- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.
3. Składka regularna płatna jest cyklicznie przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu uczestnikowi, za wyjątkiem okresu trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
  4. Składka regularna płatna jest w terminach i z częstotliwością określoną w umowie ubezpieczenia, począwszy od dnia w niej wskazanego. Umowa może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki regularnej. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy towarzystwa.
  5. Ubezpieczający może ponadto, w każdym czasie, opłacać składkę lokacyjną z tytułu ubezpieczenia poszczególnych lub wszystkich uczestników, przeznaczoną na gromadzenie jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, która w oznaczonej w umowie ubezpieczenia wysokości podlega alokacji. Za składkę lokacyjną uważa się wpłatę, przy której ubezpieczający wyraźnie ujawnił wolę uznania jej za taką. Prawo opłacania składki lokacyjnej nie przysługuje, jeśli umowa ubezpieczenia określa wyłącznie ochronny charakter składki regularnej.
  6. Składki regularne, lokacyjne oraz ich części mogą być finansowane przez ubezpieczającego lub uczestnika. O ile umowa nie zawiera regulacji w tym przedmiocie, ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania towarzystwu informacji w jakiej części uczestnik finansuje poszczególne składki. W przypadku braku takiej informacji uważa się, że składki finansowane są przez ubezpieczającego.

## § 10

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć uczestnika nastąpi po upływie trzech lat od dnia rozpoczęcia przysługującej mu ochrony ubezpieczeniowej, towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.

## IV. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 11

#### RODZAJE I TERMINY ZAPŁATY SKŁADKI

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia, przy czym w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 2 pierwsza składka z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika obliczana jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia tego uczestnika przypadającego od dnia złożenia przez niego deklaracji uczestnictwa do najbliższego dnia wymagalności składki regularnej wynikającego z umowy ubezpieczenia.
2. Składka regularna składa się z części ochronnej stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz części kapitałowej, przeznaczanej na gromadzenie jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, która w oznaczonej w umowie ubezpieczenia wysokości podlega alokacji. Umowa ubezpieczenia może określać także wyłącznie ochronny charakter składki regularnej. Wysokość każdej z części składki regularnej wskazana jest w umowie ubezpieczenia.

## § 12

### PODZIAŁ SKŁADKI

1. Jeżeli umowa przewiduje wyłącznie ochronny charakter składki regularnej, składka ta przeznaczana jest na pokrycie kosztu ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej z tytułu ubezpieczenia danego uczestnika. Jeżeli jednak umowa nie przewiduje wyłącznie ochronnego charakteru składki regularnej, pozostała po pobraniu kosztu ochrony ubezpieczeniowej, część kapitałowa składki regularnej pomniejszona uprzednio o opłatę administracyjną podlega alokacji w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Wskazana w umowie ubezpieczenia wysokość kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy ubezpieczenia przez towarzystwo.
3. Określona w umowie ubezpieczenia część każdej wpłaconej przez ubezpieczającego składki lokacyjnej podlega alokacji.
4. Pozostała po dokonaniu alokacji część składki regularnej oraz lokacyjnej stanowi opłatę pobieraną przez towarzystwo, przeznaczaną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

## V. UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

### § 13

#### RACHUNEK UCZESTNIKA

1. Najpóźniej z chwilą dokonywania pierwszej alokacji części kapitałowej składki regularnej wpłaconej z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników, towarzystwo wydziela dla każdego z nich rachunek, na którym w sposób określony w OWU gromadzone będą środki pochodzące z alokowanej części składek tworząc wartość rachunku uczestnika. Rachunek prowadzony jest w sposób umożliwiający rozgraniczenie środków pochodzących ze składek regularnych (wartość regularna) oraz środków pochodzących ze składek lokacyjnych (wartość lokacyjna), jak również



środków pochodzących ze składek lub ich części finansowanych przez ubezpieczającego i uczestnika.

2. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie prawa do wartości rachunku przysługują uczestnikowi.

## § 14

### UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

1. Osobę lub osoby uprawnione do podejmowania decyzji w sprawach uregulowanych w niniejszym paragrafie określa umowa ubezpieczenia, przy czym uprawnionym może być wyłącznie ubezpieczający lub uczestnik. Jeżeli osobą uprawnioną jest ubezpieczający, podejmowane przez niego decyzje odnoszą skutek w stosunku do wszystkich uczestników, jeżeli zaś osobą uprawnioną jest uczestnik, podejmowane przez niego decyzje dotyczą wyłącznie tego uczestnika.
2. Inwestowanie alokowanej części składki regularnej i lokacyjnej odbywać się będzie zgodnie z zasadami działania wybranego przez osobę uprawnioną ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Przychody z inwestowania aktywów funduszu pochodzących z zaalokowanych składek będą dodawane do tych aktywów, powodując zmianę wartości jednostki funduszu.
3. Część wpłaconej składki regularnej i składki lokacyjnej, podlegająca alokacji przeliczana jest na jednostki wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, nie później niż w terminie czternastu dni od dnia otrzymania przez towarzystwo dokumentów, o których mowa w § 22 ust. 1, w odniesieniu do składki regularnej – zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z późniejszego z dni, z których pierwszy jest dniem zapłaty składki regularnej, a drugi dniem wymagalności tej składki regularnej, a w odniesieniu do składki lokacyjnej – zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia zapłaty tej składki z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku gdy składka lokacyjna została opłacona łącznie ze składką regularną stosuje się terminy przeliczenia na jednostki funduszu właściwe dla składki regularnej.
4. Osoba uprawniona dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie część składki podlegająca alokacji, a także udziału poszczególnych funduszy w ogólnej kwocie alokowanej składki. Osoba uprawniona dokonuje wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzania wniosku, określając we wniosku (ubezpieczający) albo w deklaracji uczestnictwa (uczestnik) udział poszczególnych funduszy, z zastrzeżeniem, że w przypadku dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż pięć procent. Wybór, o którym mowa w zdaniach poprzedzających dotyczy zarówno alokowanej części składki regularnej jak i składki lokacyjnej.
5. Osoba uprawniona może w każdym czasie zmienić proporcje podziału części składki podlegającej alokacji pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, z zastrzeżeniem, iż udział w składce żadnego z funduszy nie może być niższy niż pięć procent. Powyższa zmiana jest skuteczna poczynając od pierwszej składki wymagalnej po otrzymaniu przez towarzystwo odpowiedniego wniosku osoby uprawnionej i dotyczy zarówno alokowanej części składki regularnej jak i składki lokacyjnej.
6. Po upływie dwudziestu czterech miesięcy od dnia przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia – jeżeli osobą uprawnioną jest uczestnik lub poczynając od drugiej rocznicy ubezpieczenia – jeżeli osobą uprawnioną jest ubezpieczający, osoba uprawniona może zażądać przeliczenia zarachowanych na rachunku jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych na jednostki innych funduszy, prowadzonych i udostępnionych przez towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez osobę uprawnioną odpowiedniego oświadczenia. Z zastrzeżeniem, iż w wyniku przeliczenia udział

w rachunku jednostek żadnego z funduszy nie może być niższy niż pięć procent, a łączna wartość jednostek danego funduszu nie może być niższa od wartości minimalnej ustalonej przez towarzystwo, stosownego przeliczenia dokonuje się w taki sposób, że:

- 1) wartość rachunku uczestnika nie ulega zmianie, z zastrzeżeniem ust. 8;
  - 2) towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie czternastu dni od dnia otrzymania stosownego żądania osoby uprawnionej;
  - 3) przeliczenia dokonuje się według wartości jednostek funduszy obowiązującej w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez towarzystwo żądania osoby uprawnionej.
7. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 5, towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości rachunku, według stanu z dnia wymagalności pierwszej składki przypadającego po otrzymaniu przez towarzystwo żądania osoby uprawnionej i zgodnie z wartością jednostek danego funduszu obowiązującą w tym dniu.
  8. W przypadku dokonania zmiany, o której mowa w ust. 6, towarzystwo pobiera opłatę manipulacyjną z rachunku każdego z uczestników, którego decyzja dotyczy, poprzez odliczenie z rachunku liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczane są jednostki dotychczasowych funduszy, proporcjonalnie do udziału tych funduszy w przeliczanej wartości. Odliczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ma miejsce zgodnie z wartością jednostek obowiązującą w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez towarzystwo żądania osoby uprawnionej nie wcześniej jednak niż w najbliższym dniu przypadającym po opłaceniu ostatniej składki wymagalnej przed dniem otrzymania przez towarzystwo tego żądania.
  9. Opłata manipulacyjna, o której mowa w ust. 7 i 8 nie jest pobierana w przypadku każdej pierwszej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.
  10. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana przez towarzystwo w granicach określonych w opisie odpowiedniego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w odniesieniu do wszystkich zawartych z towarzystwem umów ubezpieczenia, z tytułu których jednostki danego funduszu zarachowywane są na rachunku uczestników. Opłata ta pobierana jest z aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym wartości jednostki funduszu.

## § 15

### WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Uczestnik może w każdym czasie zażądać częściowej lub całkowitej wypłaty przysługującej mu wartości lokacyjnej. Ponadto po upływie sześćdziesięciu miesięcy od przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia, nie częściej jednak niż raz w roku ubezpieczenia, uczestnik może zażądać częściowej wypłaty przysługującej mu w danym momencie wartości regularnej, przy czym jednorazowa wypłata może obejmować nie więcej niż pięćdziesiąt procent tej wartości.
2. Żądając częściowej wypłaty wartości lokacyjnej lub wartości regularnej uczestnik zobowiązany jest wskazać fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania wypłaty. W przypadku, gdy uczestnik wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, zobowiązany jest podać również udział poszczególnych funduszy w wartości podlegającej wypłacie.

3. W przypadku, gdy uczestnik nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty lub wartość zgromadzonych na rachunku jednostek którejkolwiek z funduszy nie jest wystarczająca na dokonanie wypłaty w sposób wskazany przez uczestnika, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszu lub funduszy, według wyboru dokonanego przez towarzystwo.
4. W przypadku dokonywania wypłaty części lub całości wartości lokacyjnej lub części wartości regularnej, towarzystwo pobiera opłatę operacyjną poprzez odliczenie, z części rachunku podlegającej wypłacie, odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w tej wartości. Odliczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ma miejsce zgodnie z wartością jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu z najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez towarzystwo żądania wypłaty nie wcześniej jednak niż w najbliższym dniu przypadającym po opłaceniu ostatniej składki wymagalnej przed dniem otrzymania przez towarzystwo tego żądania.
5. Całkowita wypłata wartości rachunku następuje w przypadku wygaśnięcia przysługującej uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej, w tym również ochrony z tytułu ubezpieczenia bezskładkowego, na skutek zajścia zdarzeń, o których mowa w § 6 ust. 3 pkt 2 – 3, o ile umowa ubezpieczenia nie zawiera postanowień odmiennych. W przypadku dokonywania całkowitej wypłaty wartości rachunku towarzystwo upoważnione jest do pobrania opłaty operacyjnej oraz innych opłat wskazanych w umowie ubezpieczenia, poprzez potrącenie ich z wypłacanej kwoty.
6. Wypłata wartości rachunku lub jego części następuje odpowiednio w terminie trzydziestu dni od dnia złożenia stosownego żądania przez uczestnika. Dokonując wypłaty towarzystwo odlicza z rachunku uczestnika liczbę jednostek, której wartość równa jest żądanej kwocie, przy czym odliczenie ma miejsce zgodnie z wartością jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego według stanu z najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez towarzystwo żądania wypłaty.
7. Wartość rachunku wypłacana jest w złotych polskich, przelewem bankowym lub przekazem pocztowym, z tym, że wypłaty przekazem pocztowym mogą dotyczyć wyłącznie kwot nie przekraczających limitu określonego przez towarzystwo. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest wskazany w Tabeli opłat stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych OWU.

## VI. ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

### § 16 ZMIANY W ROCZNICĘ UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, wysokość kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz automatycznego limitu akceptacji może ulec zmianie na mocy decyzji towarzystwa, ze skutkiem na rocznicę ubezpieczenia. Zmiana ta jest wynikiem obliczeń dokonywanych w sposób określony w § 12 ust. 2, przy czym dodatkowo podstawę obliczeń stanowią informacje o dotychczasowym przebiegu umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo zobowiązane jest poinformować ubezpieczającego o podjęciu decyzji, o której mowa w ustępie poprzedzającym nie później niż na sześćdziesiąt dni przed rocznicą ubezpieczenia, w którą ma nastąpić zmiana. Jednocześnie towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż trzydzieści dni, w którym może on przedstawić towarzystwu własną propozycję zmian, w tym również zmian dotyczących wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości składek regularnych lub wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. O ile ubezpieczający nie przedstawi towarzystwu własnej propozycji zmian albo nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, zmiana jest skuteczna począwszy od rocznicy ubez-

pieczenia następującej po otrzymaniu przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia towarzystwa. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa powyżej. O ile strony nie postanowią inaczej, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym również w przypadku, gdy po otrzymaniu propozycji ubezpieczającego strony nie dojdą do porozumienia odnośnie zakresu zmian, jak również w razie nieuzyskania przez ubezpieczającego uprzedniej zgody wszystkich uczestników na dokonanie zmian – w przypadku gdy wyrażenie zgody jest warunkiem skuteczności zmiany umowy ubezpieczenia.

3. Towarzystwo zapewnia niezmienność kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz automatycznego limitu akceptacji do najbliższej rocznicy ubezpieczenia, następującej po dniu, od którego obowiązuje wysokość tego kosztu i limitu. Towarzystwo zapewnia również utrzymanie wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz automatycznego limitu akceptacji na niezmiennym poziomie do drugiej rocznicy ubezpieczenia, następującej po dniu od którego obowiązuje wysokość tego kosztu i limitu, jeżeli do najbliższej rocznicy ubezpieczenia, następującej po dniu, od którego obowiązuje wysokość kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz automatycznego limitu akceptacji, zostaną spełnione następujące przesłanki:

- 1) rotacja uczestników ubezpieczenia, rozumiana jako zmiana składu osobowego, nie będzie wyższa niż dwadzieścia procent;
- 2) umowa ubezpieczenia nie ulegnie zmianie w części dotyczącej zakresu oraz wysokości udzielanej przez towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) inne czynniki mające wpływ na wysokość ryzyka ubezpieczeniowego podejmowanego przez towarzystwo, w tym w szczególności określone w odniesieniu do rodzaju działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, nie ulegną zmianie.

## VII. ŚWIADCZENIA

### § 17 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

Przy ustalaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się odpowiednio, w zależności od przysługującej uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika obowiązującej w dniu jego śmierci;
- 2) wartość rachunku uczestnika z dnia jego śmierci.

### § 18 UPOSAŻENI

1. Uczestnik ma prawo samodzielnie wskazać i zmieniać uposażonych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez uczestnika. Jeżeli uczestnik wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci uczestnika nie ma żadnego z uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

## § 19 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności towarzystwa i wysokości świadczenia, w tym uzyskaniu informacji o których mowa w § 23. W przypadku śmierci uczestnika poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionego do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – czekiem zwykłym, potwierdzonym, przelewem bankowym.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci uczestnika. W przypadku, gdy wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

## VIII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA, REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA, KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

### § 20 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
  - 3) braku uczestników ubezpieczenia, za których opłacana jest składka regularna.
2. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, według wyboru osoby uprawnionej – czekiem zwykłym, potwierdzonym, przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

## § 21 REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

1. Uczestnik ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, w tym w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego, składając ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie. Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna począwszy od dnia poprzedzającego dzień wymagalności składki regularnej, następujący po dniu, w którym uczestnik złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że rezygnacja uczestnika w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego skuteczna jest z chwilą złożenia oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować towarzystwo o złożeniu przez uczestnika oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, w terminie siedmiu dni od dnia jego otrzymania.

## § 22 KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzech miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 6 ust. 3 pkt 6, uczestnik może złożyć towarzystwu wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zaproponowanej uprzednio przez towarzystwo. Uprawnienie powyższe nie przysługuje uczestnikowi, który w chwili zajścia tego zdarzenia był objęty ochroną ubezpieczeniową krócej niż dwanaście kolejnych miesięcy kalendarzowych.
2. Towarzystwo oświadcza, iż zawarcie umowy, o której mowa w ustępie poprzedzającym, nastąpi na podstawie obowiązujących w tym czasie warunków ogólnych ubezpieczenia zaproponowanego uprzednio przez towarzystwo i nie będzie wymagało przedstawiania dowodów odnośnie stanu zdrowia uczestnika wyłącznie w przypadku, gdy zakres oraz wysokość ochrony ubezpieczeniowej nie przekroczy zakresu oraz niższej z wartości, którymi są wysokość ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uprzednio uczestnikowi w ramach umowy ubezpieczenia oraz automatycznego limitu akceptacji.
3. O ile strony nie postanowią inaczej, zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego przez uczestnika nie ma wpływu na trwanie ubezpieczenia bezskładkowego, o którym mowa w § 7.

## IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 23 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

czający obowiązany jest do przekazywania towarzystwu, na jego wniosek, następujących informacji:

- 1) wykaz osób, które są objęte ubezpieczeniem, zawierający aktualne dane odnośnie zawodu wykonywanego przez poszczególnych uczestników i otrzymywanego przez nich wynagrodzenia (wyłącznie gdy dane te mają wpływ na wysokość podejmowanego przez towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego);
  - 2) wykaz uczestników, w stosunku do których wygasa ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia wraz z podaniem przyczyny jej wygaśnięcia;
  - 3) danych dotyczących stanu zatrudnienia u ubezpieczającego, prowadzonej przez niego działalności gospodarczej, jak również innych danych stanowiących podstawę ustalania kwoty stanowiącej koszt ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 12 ust. 2.
3. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego uczestnika, a także do zmiany umowy ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. Zmiana umowy ubezpieczenia bez zgody uczestnika nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnik może wymagać, aby towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
5. Ubezpieczający jest obowiązany do przekazywania uczestnikom w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony pomiędzy ubezpieczającym, a uczestnikami otrzymanych od towarzystwa poniższych informacji:
- 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
  - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od towarzystwa;
  - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od towarzystwa.
6. W razie nieprzekazania uczestnikowi informacji, o których mowa w ust. 5, zgodnie z zasadami opisanymi powyżej, ubezpieczający ponosi wobec niego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

#### **§ 24 INDEKSACJA OPŁAT**

1. Wysokość opłaty administracyjnej, manipulacyjnej oraz operacyjnej wskazanych w Tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU, może podlegać podwyższeniu. Podwyższenie następuje nie częściej niż raz w danym roku ubezpieczenia.
2. Ewentualne podwyższenie wysokości opłat następować będzie zgodnie ze wskaźnikami ustalonym przez towarzystwo, który nie przekroczy jednak wysokości większego z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw wynikających z ogłoszeń Głównego Urzędu Statystycznego obejmujących okres od pierwszego dnia miesiąca, w którym ustalono wysokość opłat do pierwszego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym ustalona została nowa wysokość opłat.

3. Zmiana wysokości opłat zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia i nie wymaga zgody ubezpieczającego. Towarzystwo obowiązane jest do niezwłocznego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości opłat.

#### **§ 25 ZBIEG ROSZCZEŃ**

Jeżeli zakres ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z § 4 ust. 4 został rozszerzony o ryzyka dodatkowe, w przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo wypłaty więcej niż jednego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu jednej lub różnych umów dodatkowych, zawartych na rzecz tej samej osoby (uczestnik, osoby wskazane w umowach dodatkowych) na skutek zajścia jednego zdarzenia, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia, w wysokości równej najwyższemu ze świadczeń przewidzianych w tychże umowach dodatkowych. Jeżeli umowa dodatkowa, na podstawie której rozszerzony został zakres ochrony ubezpieczeniowej stanowi inaczej, postanowienia zdania poprzedzającego nie stosuje się.

#### **§ 26 DOBRE OBYCZAJE**

Z uprawnień do ustalania wysokości wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości opłat, jak również listy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, towarzystwo nie będzie korzystało godząc w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające towarzystwo do stosownych ustaleń czyniłby niedozwolonymi.

#### **§ 27 OŚWIADCZENIA WOLI**

1. Wszelkie oświadczenia woli, wymagane zgodnie z postanowieniami OWU oraz umowy ubezpieczenia uczestnik składa za pośrednictwem ubezpieczającego.
2. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Pisma towarzystwa skierowane pod ostatni znany towarzystwu adres ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego, uposażonego zastępczego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, uważa się za doręczone po upływie trzydziestu dni od dnia ich wysłania.

#### **§ 28 PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY**

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

#### **§ 29 ZAŁĄCZNIKI**

Załącznikiem do OWU jest Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z Listą Funduszy oraz Tabela opłat.

§ 30  
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach. W szczególności nie są oni upoważnieni do odbioru w imieniu towarzystwa innych niż wskazane w tych pełnomocnictwach pism ubezpieczającego, uczestników, uposażonych lub innych uprawnionych z umowy ubezpieczenia ani do przekazywania tych pism towarzystwu w imieniu tych osób. Przekazanie jakiegokolwiek pisma osobie nieupoważnionej do odbioru tego pisma lub za pośrednictwem takiej osoby, nie stanowi skutecznego doręczenia pisma towarzystwu.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

**TABELA OPŁAT GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM  
OPIEKUN NR 2/2007**

Nazwa opłaty	Przypadki występowania opłaty	Wysokość opłaty			
Opłata administracyjna (§ 12 ust. 1 OWU)	uprawnionym do wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest ubezpieczający	1,10 zł	3,30 zł	6,60 zł	13,20 zł
		<i>miesięcznie</i>	<i>kwartalnie</i>	<i>półrocznie</i>	<i>rocznie</i>
	uprawnionym do wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest uczestnik	3,00 zł	9,00 zł	18,00 zł	36,00 zł
Opłata manipulacyjna (§ 14 ust. 7–9 OWU)	pierwsza w danym roku ubezpieczenia zmiana ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie jest pobierana			
	kolejne w danym roku ubezpieczenia zmiany ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	15,00 zł za zmianę			
Opłata operacyjna (§ 15 ust. 4 i 5 OWU)	całkowita wypłata wartości rachunku w przypadkach wymienionych w pkt 1) pod tabelą	nie jest pobierana			
	całkowita wypłata wartości rachunku w przypadkach wymienionych w pkt 2) pod tabelą	15,00 zł			
	częściowa wypłata wartości rachunku (wypłata części lub całości wartości lokacyjnej lub części wartości regularnej)	40,00 zł za wypłatę			

1)

- przejście na emeryturę z ubezpieczenia społecznego,
- śmierć uczestnika,
- wygaśnięcie ochrony spowodowane wypłatą świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- wpłata wartości rachunku na rachunek utworzony w ramach innego z produktów oferowanych przez towarzystwo.

2)

- rozwiązanie umowy ubezpieczenia,
- ustanie stosunku prawnego łączącego uczestnika z ubezpieczającym, który był podstawą przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia,
- rezygnacja uczestnika z ubezpieczenia.

**Limit na wypłaty wartości rachunku przekazem pocztowym (§ 14 ust. 7 OWU) – 2.000,00 zł.**

# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 3) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

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

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej.

3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.

4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

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

- 1) śmierci uczestnika;
- 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
- 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia, ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
- 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
- 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5

##### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

#### § 6

##### SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### § 7

##### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności,

o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### § 8

##### OBOWIĄZKI

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

#### § 9

##### USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

#### § 10

##### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### § 11

##### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniej-



szych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, której bezpośrednią przyczyną był zawał serca i do której doszło w okresie 30 dni od daty rozpoznania zawału serca, potwierdzona:
  - a) wystąpieniem typowych dla zawału serca objawów klinicznych (typowy ból w klatce piersiowej, świeżymi zmianami w zapisie EKG potwierdzającymi wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącym podwyższeniem stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi);
  - b) w wyniku sekcji zwłok, z tym zastrzeżeniem, iż w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych pojęcie zawału serca obejmuje wyłącznie przypadki sklasyfikowane jako I21 lub I22 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta (ICD-10).
- 3) **udar mózgu** – wystąpienie klinicznych objawów nagłego, ogniskowego uszkodzenia mózgu powstałego w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodującego powstanie trwałych ubytków neurologicznych, potwierdzonych:
  - a) świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego;
  - b) w wyniku sekcji zwłok, za wyjątkiem zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego powodowanego zewnę-

trzymym urazem, jak również jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), z tym zastrzeżeniem, iż w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych pojęcie udaru mózgu obejmuje wyłącznie przypadki sklasyfikowane jako I60, I61, I62 lub I63 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta (ICD-10).

4) **śmierć uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu** – śmierć uczestnika będąca następstwem zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli nastąpiła w ciągu trzydziestu dni od daty odpowiednio zawału serca lub udaru mózgu.

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

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

#### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) uczestnik przystąpił do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż najbliższy dzień wymagalności składki regularnej, następujący po upływie trzech miesięcy następujących po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
  - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu, w którym zgodnie z ust. 1 lub 2 rozpoczęłyby się ochrona tego uczestnika.
4. Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
5. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) śmierci uczestnika;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach umowy głównej ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;

- 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli zawał serca, udar mózgu lub śmierć wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.
  - 9) jako wynik zakażenia uczestnika wirusem HIV;
  - 10) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
  - 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek stanów chorobowych rozpoznanych lub leczonych u uczestnika przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
2. Ponadto świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, w przypadku wystąpienia u uczestnika:
  - 1) udaru mózgu – jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;

- 2) zawału serca – jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano bądź leczono u uczestnika chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
3. Świadczenie z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu nie zostanie wypłacone jeżeli brak będzie jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną śmierci był zawał serca lub udar mózgu.

#### **§ 6 SKŁADKA**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### **§ 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI**

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### **§ 8 OBOWIĄZKI**

O śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

#### **§ 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Rozpoznanie zawału serca jako pierwotnej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.
3. Rozpoznanie udaru mózgu jako pierwotnej przyczyny zgonu musi być potwierdzone w karcie zgonu lub innym dokumencie wysta-

wionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu i dodatkowo potwierdzone dokumentacją medyczną wystawioną przez placówkę służby zdrowia.

4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek zawału serca lub udaru mózgu wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

#### **§ 10 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ**

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wypłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### **§ 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **wypadek komunikacyjny** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika, pozostając w związku z ruchem pojazdu drogowego, statku wodnego lub powietrznego;
  - 3) **śmierć uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego** – śmierć uczestnika będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty wypadku komunikacyjnego.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
4. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umową zawartą na podstawie warunków ogólnych ubezpieczenia ryzyka śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi, przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) śmierci uczestnika;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;

- 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli wypadek komunikacyjny lub śmierć uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego,

wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

## § 10 ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których uczestnik objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci uczestnika wskutek wypadku komunikacyjnego oraz najwyższego ze świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy.

## § 11 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia;

- 4) rozwiązania umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
- główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - kalectwo uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – przewidziane w tabeli zamieszczonej w § 3 niniejszych

warunków ogólnych uszkodzenie ciała uczestnika, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli uszkodzenie to nastąpiło w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku;

- nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika.
- Ilekroć w warunkach ogólnych ubezpieczenia kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
- Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umową zawartą na podstawie warunków ogólnych ubezpieczenia ryzyka śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest powstanie kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w przypadku kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstałego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – świadczenia ubezpieczeniowego równego procentowi wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, określonego zgodnie z poniższą tabelą:

Utrata wzroku w obojgu oczach	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Encefalopatia pourazowa	100%
Utrata kończyny dolnej	75%
Utrata kończyny górnej	75%
Utrata jednego podudzia	70%
Utrata jednego przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata jednego oka	50%
Amputacja wszystkich palców u ręki	50%

Utrata stopy	50%
Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
Unieruchomienie stawu barkowego	40%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Amputacja wszystkich palców u stopy	30%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%
Utrata co najmniej 3 palców u jednej dłoni (bez kciuka)	25%
Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
Amputacja kciuka	10%

Poszczególne terminy użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
  - 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwale pozbawienie funkcji tego organu,
  - 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytym, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
  - 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu biodrowego, barkowego i kolanowego w stopniu większym niż 50%,
  - 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane zarówno uszkodzeniem w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i uszkodzeniem innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo- więzadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa. Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
  4. W razie gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
  5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.
  6. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie kwot wynikającej z zastosowania tabeli zamieszczonej powyżej, nie wyższe jednak niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.
  7. W przypadku spełnienia się przesłanek do dokonania przez towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu kalectwa uczestnika powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości niższej niż wskazana w umowie dodatkowej suma ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, przez pozostały czas trwania ochrony ubezpieczeniowej sumę ubezpieczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku danego uczestnika stanowiła będzie procentowo określona część sumy wskazanej w umowie dodatkowej pozostała po dokonaniu wypłaty zgodnie z tabelą zamieszczoną powyżej – aż do jej całkowitego wykorzystania.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) zajścia ostatniego ze zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą całości wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasła uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub kalectwo uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;

- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O powstaniu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia

ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu kalectwa uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu kalectwa wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłącznego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia uczestnika towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu




1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.



# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
  - 3) **trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w doku-

mencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

4. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umową zawartą na podstawie warunków ogólnych ubezpieczenia ryzyka śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest trwały uszczerbek na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanej przez uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. W przypadku, gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa w dniu:

- 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5

### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby uczestnikowi z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.
2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Jeżeli uczestnik zmarł przed ustaleniem wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą przebiegu leczenia.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub trwały uszczerbek na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:
  - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;

- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

## § 6

### SKŁADKA

1. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8

### OBOWIĄZKI

O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

## § 9

### USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia

- zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi.
  - Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznicie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia uczestnika towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
  - Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji uczestnika.
  - W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, uczestnik po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami towarzystwa należne będzie uczestnikowi po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez uczestnika oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.
  - W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.
  - Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo na wniosek uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

#### § 10

#### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;

2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;

3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.

3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wypłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### § 11

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

### WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

#### § 1

#### DEFINICJE

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

- działalność zarobkowa** – oznacza działalność uczestnika nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;

- 2) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
  - 4) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka powstania niezdolności do pracy używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
  3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest niezdolność do pracy uczestnika.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika, świadczenia ubezpieczeniowego będącego sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu niezdolności do pracy ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, w przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu niezdolności do pracy, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
  - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2, wyłącznie w przypadku niezdolności do pracy uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

6. Postanowień ust. 5 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
7. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.
8. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje towarzystwo taka niezdolność do pracy uczestnika, która w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli jednak okres dwunastomiesięcznej niezdolności do pracy uczestnika rozpoczął się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 4 ust. 3 pkt 2 – 6, towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność do pracy ubezpieczonego ma charakter trwały i nieodwracalny.

## § 4

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) uznania przez towarzystwo roszczenia z tytułu umowy dodatkowej;

- 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W przypadku ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej przez okres pierwszych stu osiemdziesięciu dni jest ona ograniczona do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2, wyłącznie w przypadku niezdolności do pracy uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, a postanowienia § 3 ust. 3, 4 i 7 stosuje się odpowiednio.
5. W przypadku wygaśnięcia przysługującej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, wygaśnięciu ulega również ochrona ubezpieczeniowa przysługująca temu uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

## § 5

### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do pracy nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub niezdolność do pracy uczestnika powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);

- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 9) jako wynik zakażenia uczestnika wirusem HIV;
- 10) w jakimkolwiek związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
- 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek innych niż wskazane powyżej stanów chorobowych rozpoznanych lub leczonych u uczestnika w okresie pięciu lat poprzedzających dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.

## § 6

### SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8

### OBOWIĄZKI

O powstaniu niezdolności do pracy towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.

## § 9

### USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się:
  - 1) wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej;
  - 2) wartość rachunku uczestnika z dnia uznania przez towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej.

2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu niezdolności do pracy nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczanego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

#### § 10 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

#### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **działalność zarobkowa** – oznacza działalność uczestnika nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
  - 2) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
  - 4) **niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku** – całkowita niezdolność uczestnika do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny.

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

#### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku powstania w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej niezdolności do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, świadczenia ubezpieczeniowego będącego sumą wartości rachunku uczestnika oraz sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku, gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.
6. Do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje towarzystwo taka niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli jednak okres dwunastomiesięcznej niezdolności do pracy ubezpieczonego rozpoczął się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a zakończył się po jej wygaśnięciu z przyczyn wskazanych w § 4 ust. 3 pkt 2 – 6, towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli po zakończeniu tego okresu niezdolność do pracy ubezpieczonego ma charakter trwały i nieodwracalny.

### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) uznania przez towarzystwo roszczenia z tytułu umowy dodatkowej;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.
5. W przypadku wygaśnięcia przysługującej danemu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej na skutek zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, wygaśnięciu ulega również ochrona ubezpieczeniowa przysługująca temu uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub niezdolność do pracy uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych,

szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);

- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O powstaniu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia jej powstania.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się:
  - 1) wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia dwunastomiesięcznego okresu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej;
  - 2) wartość rachunku uczestnika z dnia uznania przez towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności uczestnika do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej.
2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świad-

czenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.



# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika i nastąpiła w związku ze świadczeniem przez uczestnika pracy na rzecz ubezpieczającego w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia uczestnika u ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego;
  - 3) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jeżeli nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
4. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umową zawartą na podstawie Warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) śmierci uczestnika;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;

- 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekką atletyką i pływaniem.

#### § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do

działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### § 8 OBOWIĄZKI

O śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

#### § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy wypłacane jest osobie, która w ramach głównej umowy ubezpieczenia uprawniona jest do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.

#### § 10 ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których uczestnik objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy oraz najwyższego ze świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy.

#### § 11 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie;
  - 2) **leczenie szpitalne** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podczas którego został poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;

- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 4) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. W rozumieniu niniejszych warunków ogólnych pojęcie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani wypoczynkowych.

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

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest leczenie szpitalne uczestnika.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 7 – 8, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni przypadających na okres ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, odpowiedzialnością towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leceń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, jeżeli leczenie szpitalne uczestnika rozpoczęło się w okresie pierwszych trzydziestu dni następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świad-

czenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku jeżeli leczenie to jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

5. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:

- 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
- 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa, w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej rozpoczęcia, ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile leczenie to rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

6. Postanowień ust. 5 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.

7. Wysokość świadczenia z tytułu danego leczenia szpitalnego jest różnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego uczestnika i wynosi:

- 1) iloczyn 0,6% (sześć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czternaście dni leczenia nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 2) iloczyn 1,0% (jeden procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czternaście dni leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 3) iloczyn 0,5% (pięć dziesiątych procenta) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego począwszy od piętnastego do sto osiemdziesiątego dnia tego leczenia.

8. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne uczestnika, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leceń szpitalnych spowodowanych tym nieszczęśliwym wypadkiem, dni poszczególnych leceń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem.

9. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu leczenia szpitalnego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

10. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie

od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 9.

#### § 4

#### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego w chwili ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa przysługująca uczestnikowi w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego wyłącznie w przypadku leczenia szpitalnego uczestnika będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a postanowienia § 3 ust. 5 – 6 oraz 9 – 10 stosuje się odpowiednio.

#### § 5

#### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli leczenie szpitalne uczestnika wystąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
  - 9) w związku z chorobą psychiczną lub zaburzeniami psychicznymi występującymi u uczestnika;
  - 10) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
  - 11) w związku z operacją plastyczną lub kosmetyczną uczestnika, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku jakiemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uległ uczestnik;
  - 12) jako wynik odbywania zasadniczej służby wojskowej przez uczestnika;
  - 13) w związku z ciążą, porodem lub położeniem.
2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć uczestnika.
  3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłącznie charakter diagnostyczny, obserwacyjny, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające uczestnika.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela

obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O przebytych leczeniu szpitalnym uczestnika towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia leczenia szpitalnego.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w § 3 ust. 7 wskaźników procentowych.
2. W przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 8 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego uczestnika spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego wypłacane jest uczestnikowi, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu w szpitalu.
4. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu leczenia szpitalnego oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których uczestnik objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu leczenia szpitalnego uczestnika oraz najwyższego ze świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy.

## § 11 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;

- 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WARIANT III NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 2) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;

- 3) **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 warunków ogólnych 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 podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
  - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 4) **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;
- 5) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 3 ust. 1 niniejszych warunków ogólnych schorzenie uczestnika;
- 6) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku białego, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
- 7) **rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej dwadzieścia procent całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia;
- 8) **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 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
- 9) **udar mózgu** – nagle, 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 zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- 10) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańcuchów głosowych, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 11) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;

- 12) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie 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;
  - 13) **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).
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania, używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
  3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest wystąpienie u uczestnika wymienionych poniżej schorzeń sklasyfikowanych w ramach czterech grup:
  - 1) schorzenia z grupy I:
    - a) niewydolność nerek;
    - b) schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, w przypadku gdy przeszczep został wykonany;
    - c) śpiączka;
  - 2) schorzenia z grupy II:
    - a) zawał serca;
    - b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
    - c) operacja aorty;
    - d) udar mózgu;
  - 3) schorzenia z grupy III:
    - a) nowotwór złośliwy;

- 4) schorzenia z grupy IV:
  - a) rozległe oparzenie;
  - b) utrata wzroku;
  - c) utrata mowy.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty:

- 1) w przypadku wystąpienia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pierwszego poważnego zachorowania uczestnika – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;
- 2) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia pierwszego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, drugiego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;
- 3) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia drugiego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, trzeciego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze i drugie poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego dziesięciu procentom sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej.

3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu poważnego zachorowania ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.

4. W razie, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu poważnego zachorowania, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, to przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej

ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:

- 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
- 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni następujących po dniu, w którym zgodnie z ust. 1 lub 2 rozpoczęłaby się ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej.

4. Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.

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

- 1) wystąpienia pierwszego z poważnych zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością towarzystwa;
- 2) wystąpieniem trzeciego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością towarzystwa;
- 3) rozwiązania umowy dodatkowej;
- 4) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- 5) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
- 6) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
- 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

6. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie uczestnika wystąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) na skutek nadużywania alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 7) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 8) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 9) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 10) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
- 11) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
- 12) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń wymienionych w § 3 ust. 1 lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.

2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo w przypadku wystąpienia u uczestnika:

- 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika, chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
- 3) operacji pomostowania naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika chorobę niedokrwinną serca.

3. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika nastąpi śmierć uczestnika.



## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

1. Uczestnik ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O wystąpieniu poważnego zachorowania uczestnika towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej oraz liczbę świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu poważnego zachorowania.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyzna-

zonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA – WARIANT IV NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
  - 3) **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 warunków ogólnych 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) (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
    - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
    - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
  - 4) **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;
  - 5) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 3 ust. 1 niniejszych warunków ogólnych schorzenie uczestnika;
  - 6) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
  - 7) **rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej dwadzieścia procent całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek oparzenia trzeciego stopnia;
  - 8) **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 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
  - 9) **udar mózgu** – nagle, 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 zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
  - 10) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu łańcuchów głosowych, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
  - 11) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna oboczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
  - 12) **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 zaleceń 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;
  - 13) **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);
  - 14) **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, potwierdzone ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
  - 15) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod, zalecone przez specjalistę kardiologa na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
  - 16) **niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku)** – przewlekła choroba szpiku kostnego powodująca niedokrwistość, neutro-

penię trombocytopenię, wymagająca leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
- d) przeszczepienie szpiku kostnego, potwierdzona przez specjalistę hematologa.

17) **łagodny nowotwór mózgu** – guz wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne;

18) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia, spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę laryngologa na podstawie badań audiometrycznych;

19) **operacja zastawek serca** – zalecona przez specjalistę kardiologa pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca, przeprowadzona na skutek uszkodzenia, które nie może zostać skorygowane jedynie przy użyciu technik śródnaczyniowych;

20) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem polegająca na jednoczesnej utracie obu rąk (dłoni) lub obu stóp albo jednoczesnej utracie jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;

21) **porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez specjalistę neurologa, jak również utrata funkcji kończyn określana jako paraplegia, diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;

22) **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 przelyku
- d) encefalopatia wrotna.

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

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.

2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę

dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest wystąpienie u uczestnika wymienionych poniżej schorzeń sklasyfikowanych w ramach czterech grup:

1) schorzenia z grupy I:

- a) niewydolność nerek;
- b) schyłkowa niewydolność wątroby;
- c) schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, w przypadku gdy przeszczep został wykonany;
- d) stwardnienie rozsiane;
- e) śpiączka;

2) schorzenia z grupy II:

- a) zawał serca;
- b) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
- c) angioplastyka naczyń wieńcowych;
- d) operacja zastawek serca;
- e) operacja aorty;
- f) udar mózgu;

3) schorzenia z grupy III:

- a) nowotwór złośliwy;
- b) niedokrwistość aplastyczna;
- c) łagodny nowotwór mózgu;

4) schorzenia z grupy IV:

- a) rozległe oparzenie;
- b) utrata wzroku;
- c) utrata mowy;
- d) utrata słuchu;
- e) utrata kończyn;
- f) porażenie kończyn.

2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty:

1) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, pierwszego poważnego zachorowania uczestnika – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;

2) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia pierwszego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, drugiego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej;

3) w przypadku wystąpienia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż po upływie 365 dni od dnia wystąpienia drugiego poważnego zachorowania skutkującego wypłatą świadczenia, trzeciego poważnego zachorowania, innego niż schorzenia wskazane w grupie I oraz sklasyfikowanego w innej grupie niż pierwsze i drugie poważne zachorowanie – świadczenia ubezpieczeniowego równego dziesięciu procentom sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, wskazanej w umowie dodatkowej.

3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność

w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu poważnego zachorowania ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.

4. W razie, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu poważnego zachorowania, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

#### § 4

##### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, to przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
  - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni następujących po dniu, w którym zgodnie z ust. 1 lub 2 rozpoczęłaby się ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej.

4. Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
5. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) wystąpienia pierwszego z poważnych zachorowań wymienionych w grupie I, objętego odpowiedzialnością towarzystwa;

- 2) wystąpieniem trzeciego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością towarzystwa
- 3) rozwiązania umowy dodatkowej;
- 4) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- 5) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
- 6) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
- 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

6. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5

##### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie uczestnika wystąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) na skutek nadużywania przez uczestnika alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 7) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 6 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 8) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 9) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;

- 10) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
  - 11) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
  - 12) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń wymienionych w § 3 ust. 1 lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
2. Ponadto świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo w przypadku wystąpienia u uczestnika:
    - 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
    - 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika, chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
    - 3) operacji pomostowania lub angioplastyki naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u uczestnika chorobę niedokrwinną serca.
  3. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania uczestnika nastąpi śmierć uczestnika.

#### **§ 6 SKŁADKA**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### **§ 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI**

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### **§ 8 OBOWIĄZKI**

1. Uczestnik ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O wystąpieniu poważnego zachorowania uczestnika towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

#### **§ 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej oraz liczbę świadczeń jakie zostały wypłacone z tytułu poważnego zachorowania.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wypłacane jest uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Uczestnik nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

#### **§ 10 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### **§ 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego i innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

- Ilekcóż w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - główna umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
  - nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
  - śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ilekcóż w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
- Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę zawarcia umowy dodatkowej złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej jest śmierć małżonka uczestnika.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych paragrafu niniejszego, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci małżonka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika, wskazanej w umowie dodatkowej.
- W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika ulega również wysokość ochrony ubezpieczeniowej udzielanej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 5, w razie gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby małżonkowi uczestnika, przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci małżonka uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika uzależniona jest od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 5.
- W przypadku gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu

uczestnikowi, został w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, czasowo ograniczony do świadczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ochrona z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, na ten sam okres czasu, ulega ograniczeniu do świadczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

#### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa przysługująca małżonkowi uczestnika w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci małżonka uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, a postanowienia § 3 ust. 3 – 7 stosuje się odpowiednio.

#### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;

- 2) w związku z popełnieniem przez małżonka uczestnika przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału małżonka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału małżonka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.
2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci małżonka uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć małżonka uczestnika nastąpi:
    - 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
    - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 1 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

#### § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy

dotatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### § 8

#### USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez małżonka uczestnika. Jeżeli wskazał on kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią małżonka uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci małżonka uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka uczestnika, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców małżonka uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

#### § 9

#### ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci małżonka uczestnika oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których małżonek uczestnika objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci małżonka uczestnika oraz najwyższego ze świadczeń przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy, chyba że umowa dodatkowa stanowi inaczej.

#### § 10

#### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo

zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej, po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### § 11

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

#### WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

#### § 1

#### DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;



- 4) **śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć małżonka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku uzależniona jest od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika,

suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5

### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału małżonka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału małżonka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

#### **§ 6 SKŁADKA**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### **§ 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI**

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### **§ 8 OBOWIĄZKI**

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

#### **§ 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez małżonka uczestnika. Jeżeli wskazał on kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią małżonka uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci małżonka uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci małżonka uczestnika, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców małżonka uczestnika, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

#### **§ 10 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ**

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

#### **§ 11 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystąpieniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## **WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007**

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiękun nr 2/2007.

### **§ 1 DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
  - 4) **trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone objawy, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń jego budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wymienione dolegliwości wystąpiły w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty zadziałania opisanej przyczyny; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych za trwały uszczerbek na zdrowiu nie uważa się utraty możliwości wykonywania wyuczonych przez małżonka uczestnika umiejętności, czynności lub zawodu.

2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

### **§ 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ**

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
4. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umowami zawartymi na podstawie Warunków ogólnych ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz warunków ogólnych ubezpieczenia ryzyka śmierci małżonka uczestnika.

### **§ 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA**

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazanej w umowie dodatkowej, odpowiadającemu określonej procentowo wysokości doznanego przez małżonka uczestnika trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. W przypadku, gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, suma

ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku uzależniona jest od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

#### § 4

##### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca danemu małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5

##### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W przypadku uszkodzenia kończyny, mającego charakter wielomiejscowy, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości nie wyższej niż wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby małżonkowi uczestnika z tytułu powstania trwałego uszczerbku polegającego na utracie części lub całości kończyny odpowiednio.

2. Za wszystkie uszkodzenia ciała powstałe wskutek jednego zdarzenia towarzystwo zobowiązuje się wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie wyższej niż sto procent sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3. Jeżeli małżonek uczestnika zmarł przed ustaleniem wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty wyłącznie jednego świadczenia ubezpieczeniowego równego większej z wartości, którymi są: suma ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka uczestnika oraz świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ustalona zostanie przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo, w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą przebiegu leczenia.

4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku powstanie:

- 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału małżonka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału małżonka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.

#### § 6

##### SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szcze-

gólności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8

### OBOWIĄZKI

O powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy następujących po zajściu tego zdarzenia.

## § 9

### USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest małżonkowi uczestnika.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z rozstrzeżeniem o wypłatę świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia małżonka uczestnika towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, doznanego przez małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, ustalana jest przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji małżonka uczestnika.
5. W przypadku, gdy zgodnie z opinią tego lekarza, okres leczenia małżonka uczestnika będzie dłuższy niż dwanaście miesięcy, małżonek uczestnika po upływie sześciu miesięcy leczenia może złożyć towarzystwu wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia, które zgodnie z przewidywaniami towarzystwa należne będzie małżonkowi uczestnika po

całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną minimalną wysokość świadczenia towarzystwo określa na podstawie dokumentów przedstawionych przez małżonka uczestnika oraz ustalenia lekarza przez nie wyznaczonego.

6. W przypadku, gdy na skutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi utrata lub uszkodzenie narządu albo układu, którego funkcja była już wcześniej dotknięta trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stwierdzanym obecnie stanem trwałego uszczerbku na zdrowiu, a wysokością trwałego uszczerbku istniejącą bezpośrednio przed zajściem tego zdarzenia. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu albo układu, którego funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy wysokością trwałego uszczerbku będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, a wysokością trwałego uszczerbku, za który uprzednio wypłacone zostało świadczenie. Jeżeli jednak określenie w jakim stopniu funkcja organu, narządu lub układu była naruszona nie jest możliwe, przyjmuje się, że przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu nie było.
7. Jeżeli po ustaleniu przez lekarza wyznaczonego przez towarzystwo wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika i wypłaceniu odpowiedniego świadczenia, nie później jednak niż w trakcie dwudziestu czterech miesięcy następujących po dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, nastąpi pogorszenie stanu zdrowia małżonka uczestnika, towarzystwo na wniosek małżonka uczestnika, poparty odpowiednimi zaświadczeniami lekarskimi ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu małżonka uczestnika nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

## § 10

### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą

świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie;
  - 2) **leczenie szpitalne małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwający nieprzerwanie nie mniej niż pięć dni pobyt małżonka uczestnika w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych warunków ogólnych dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu małżonka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli małżonka uczestnika;
  - 4) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka uczestnika przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;

- 5) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. W rozumieniu niniejszych warunków ogólnych pojęcie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekłych chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani wypoczynkowych.

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

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
4. Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie wraz z umową zawartą na podstawie Warunków ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka leczenia szpitalnego.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest leczenie szpitalne małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, które rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego obliczonego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4 – 5, za czas tego leczenia nie przekraczający stu osiemdziesięciu dni przypadających na okres ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy w danym roku ubezpieczenia rozpoczęło się więcej niż jedno leczenie szpitalne małżonka uczestnika, odpowiedzialnością towarzystwa objęte jest łącznie z tytułu tych leczeń szpitalnych również nie więcej niż sto osiemdziesiąt dni leczenia przypadających na okres ubezpieczenia.
4. Wysokość świadczenia z tytułu danego leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku jest zróżnicowana w zależności od czasu trwania leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku i wynosi:

- 1) iloczyn 1,0% (jednej procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za pierwsze czternaście dni leczenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
  - 2) iloczyn 0,5% (pół procent) sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz liczby dni tego leczenia przypadających na okres ubezpieczenia – za każdy kolejny dzień leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem począwszy od piętnastego dnia tego leczenia do sto osiemdziesiątego dnia.
5. W przypadku, gdy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miało miejsce więcej niż jedno leczenie szpitalne małżonka uczestnika, w celu obliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu drugiego i kolejnych leczeń szpitalnych spowodowanych tym nieszczęśliwym wypadkiem, dni poszczególnych leczeń szpitalnych ulegają sumowaniu, a dzień rozpoczynający drugie lub każde kolejne leczenie szpitalne małżonka uczestnika traktowany jest jako kolejny dzień pobytu rozpoczętego pierwszym leczeniem szpitalnym spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem.
  6. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby małżonkowi danego uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu leczenia szpitalnego, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
  7. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 6.

#### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż z chwilą zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy uczestnikiem i małżonkiem uczestnika.
3. Przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;

- 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub małżonka sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik lub małżonek kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub małżonka;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku § 3 ust. 4 i 5 stosuje się odpowiednio.

#### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub leczenie szpitalne małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako udział małżonka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału małżonka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
  - 9) jako wynik choroby małżonka uczestnika nie będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku;
  - 10) jako wynik odbywania zasadniczej służby wojskowej przez małżonka uczestnika.
2. Świadczenie z tytułu danego leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia szpitalnego nastąpi śmierć małżonka uczestnika.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłączenie charakteru diagnostycznego, obserwacyjnego, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu

w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające małżonka uczestnika.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O przebytych leczeniu szpitalnym małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie trzydziestu dni od dnia zakończenia leczenia szpitalnego.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego małżonka uczestnika, przy zastosowaniu wskazanych w § 3 ust. 4 wskaźników procentowych.
2. W przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 5 przy ustalaniu wysokości świadczeń uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego wskutek nieszczęśliwego wypadku małżonka uczestnika obowiązującej w dniu rozpoczęcia pierwszego leczenia szpitalnego małżonka uczestnika spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest małżonkowi uczestnika nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu małżonka uczestnika w szpitalu.
4. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia małżonka uczestnika, towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których małżonek uczestnika objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu leczenia szpitalnego małżonka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz najwyższego ze świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy.

## § 11 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych niuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.



Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA UCZESTNIKA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
  - 3) **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 warunków ogólnych 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) (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.;
    - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry;
    - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 4) **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;
- 5) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych;
- 6) **poważne zachorowanie** – przewidziane w § 3 ust. 1 niniejszych warunków ogólnych schorzenie małżonka uczestnika;
- 7) **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
- 8) **rozległe oparzenie** – stan, w którym co najmniej dwadzieścia procent całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia;
- 9) **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 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez specjalistę neurologa;
- 10) **udar mózgu** – nagle, 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 zawału lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- 11) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona przez specjalistę laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 12) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez specjalistę okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
- 13) **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;
- 14) **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 świeżo 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).

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

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest wystąpienie u małżonka uczestnika następujących schorzeń:
  - 1) niewydolność nerek;
  - 2) nowotwór złośliwy;
  - 3) operacja aorty;
  - 4) rozległe oparzenie;
  - 5) operacja pomostowania naczyń wieńcowych;
  - 6) schorzenie, które wymagało przeszczepu narządów, w przypadku gdy przeszczep został wykonany;
  - 7) śpiączka;
  - 8) udar mózgu;
  - 9) utrata wzroku;
  - 10) utrata mowy;
  - 11) zawał serca.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania małżonka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika, wskazanej w umowie dodatkowej.

3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu małżonkowi uczestnika przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość przysługującej małżonkowi uczestnika sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dziewięćdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. W przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie dziewięćdziesięciu dni następujących po dniu, w którym zgodnie z ust. 1 lub 2 rozpoczęłaby się ochrona małżonka tego uczestnika.
4. Przysługująca małżonkowi danego uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) wystąpienia jednego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością towarzystwa;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika lub małżonka sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik lub małżonek

kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika lub małżonka;

- 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje małżonkowi uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.

## § 5

### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie małżonka uczestnika wystąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez małżonka uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez małżonka uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez małżonka uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał małżonek uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy małżonek uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa małżonka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział małżonka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału małżonka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
  - 8) jako wynik udziału małżonka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
  - 9) na skutek zakażenia małżonka uczestnika wirusem HIV;
  - 10) w związku z chorobą psychiczną małżonka uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
  - 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń wymienionych w § 3 ust. 1 lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej małżonkowi uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
2. Ponadto, świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo w przypadku wystąpienia u małżonka uczestnika:

- 1) udaru mózgu – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u małżonka uczestnika nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
  - 2) zawału serca – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u małżonka uczestnika, chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę;
  - 3) operacji pomostowania naczyń wieńcowych – jeżeli przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u małżonka uczestnika chorobę niedokrwienną serca.
3. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania małżonka uczestnika nastąpi śmierć małżonka uczestnika.

## § 6

### SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązek, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8

### OBOWIĄZKI

1. Małżonek uczestnika ma obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania niezwłocznie poddając się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O wystąpieniu poważnego zachorowania małżonka uczestnika towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

**§ 9**  
**USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA,**  
**WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika wypłacane jest małżonkowi uczestnika.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące małżonka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka uczestnika nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia małżonka uczestnika, towarzystwo może zażądać od małżonka uczestnika poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Małżonek uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

**§ 10**  
**ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

**§ 11**  
**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystąpieniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

**WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ**  
**UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ**  
**DZIECKA NR 2/2007**

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

**§ 1**  
**DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się pojęcia główna umowa ubezpieczenia, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie, umowę zawartą na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się dziecka używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

**§ 2**  
**ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ**

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę zawarcia umowy dodatkowej złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest urodzenie się dziecka uczestnika.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku urodzenia się dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka, wskazanej w umowie dodatkowej oraz liczby dzieci, które w czasie jednego porodu urodzą się żywe.

### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
4. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

### § 5 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

### § 6 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka wypłacane jest uczestnikowi.

### § 7 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

### § 8 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI DZIECKA – WARIANT ROZSZERZONY NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

- Ilekcóż w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - dziecko uczestnika** – dziecko własne uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich);
  - główna umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych.
  - nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu dziecka uczestnika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli dziecka uczestnika;
  - śmierć dziecka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć dziecka uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- Ilekcóż w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka śmierci dziecka używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
- Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę zawarcia umowy dodatkowej złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa, w przypadku braku postanowień odmiennych w tym zakresie, zawierana jest na rzecz wszystkich dzieci uczestników, którzy przystąpili do ubezpieczenia, w tym także na rzecz dzieci, które urodzą się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć dziecka uczestnika.
- Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka, wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci dziecka uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

### § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

- Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca dziecku uczestnika ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
- Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
- Udzielana dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

- 1) ukończenia przez dziecko uczestnika dwudziestu jeden lat;
  - 2) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 3) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 4) przekształcenia udzielnej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 5) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 6) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje dziecku uczestnika, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa przysługująca dziecku uczestnika w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci dziecka uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

#### § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci dziecka uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć dziecka uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez dziecko uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w związku z popełnieniem przez dziecko uczestnika przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez dziecko uczestnika przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez dziecko uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
  - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało dziecko uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy dziecko uczestnika było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział dziecka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
  - 7) jako wynik udziału dziecka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych,

szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);

- 8) jako wynik udziału dziecka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem.
2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci dziecka uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć dziecka uczestnika nastąpi:
    - 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
    - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 1 aktach przemocy, chyba że udział dziecka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

#### § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

#### § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

#### § 8 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez dziecko uczestnika. Jeżeli wskazało

ono kilku uposażonych, a nie określiło ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią dziecka uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci dziecka uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci dziecka, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców dziecka, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

## § 9

### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzyletniego dnia, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
- W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 10

### REPREZENTACJA DZIECKA

- Wszelkie oświadczenia woli, wymagane zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków ogólnych, składane są w imieniu dziecka uczestnika przez uczestnika, działającego jako jego przedstawiciel ustawowy.
- Postanowienia ustępu poprzedzającego nie stosuje się po uzyskaniu przez dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych.

## § 11

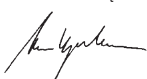
### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA UCZESTNIKA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1

### DEFINICJE

- Ileokroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - dziecko uczestnika** – dziecko własne uczestnika lub dziecko przysposobione uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione uczestnika, które do uzyskania pełnoletniości pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich), które nie ukończyło 19 roku życia;
  - poważne zachorowanie** – przewidziane w § 3 ust. 1 niniejszych warunków ogólnych schorzenie dziecka uczestnika;
  - zapalenie opon mózgowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa, w tym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, i skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym trwającym przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy;
  - zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, potwierdzone przez specjalistę neurologa i powodujące trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 (sześć) kolejnych miesięcy;
  - łagodny nowotwór mózgu** – niezłośliwy wewnątrzczaszkowy nowotwór mózgu, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga i wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym;
  - 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 warunków ogólnych 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) (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.;
  - d) nadmiernego rogowacenia (hyperkeratosis), raka podstawonokomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry;
  - e) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 8) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- 9) **przeszczep narządu** – zabieg operacyjny będący skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego – przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, za wyjątkiem zabiegów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione, jak również fakt zakwalifikowania uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów;
- 10) **cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – cukrzyca, wymagająca leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej sześciu miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa;
- 11) **schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
  - b) trwała żółtaczka,
  - c) żyłaki przełyku,
  - d) encefalopatia wrotna.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania, używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2

### ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym i musi dotyczyć wszystkich kategorii uczestników przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

4. Umowa dodatkowa, w przypadku braku postanowień odmiennych w tym zakresie, zawierana jest na rzecz wszystkich dzieci uczestników, którzy przystąpili do ubezpieczenia, w tym także na rzecz dzieci, które urodzą się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługującej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

## § 3

### OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest wystąpienie u dziecka uczestnika następujących schorzeń:
  - 1) zapalenie opon mózgowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne;
  - 2) zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne;
  - 3) nowotwór złośliwy;
  - 4) łagodny guz mózgu;
  - 5) niewydolność nerek;
  - 6) przeszczep narządu;
  - 7) cukrzyca typu 1 (insulinozależna);
  - 8) schyłkowa niewydolność wątroby.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu poważnego zachorowania ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej.
4. W razie, gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby dziecku danego uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.
5. Jeżeli wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

## § 4

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem stu osiemdziesięciu dni następujących po późniejszym z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy oraz dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) wystąpienia jednego z poważnych zachorowań objętych odpowiedzialnością towarzystwa;
  - 2) ukończenia przez dane dziecko uczestnika dziewiętnastego roku życia;
  - 3) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 4) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 5) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 6) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo ponownie przyznaje, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 4, ochronę ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika z upływem stu osiemdziesięciu dni bezpośrednio następujących po dniu ponownego przyznania temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienie § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział dziecka uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa dziecka uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 7) jako wynik udziału dziecka uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) na skutek zakażenia dziecka uczestnika wirusem HIV;
- 9) w związku z chorobą psychiczną dziecka uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
- 10) jako bezpośredni lub pośredni skutek schorzeń objętych niniejszą umową dodatkową lub innych stanów chorobowych, rozpoznanych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej dziecku uczestnika w ramach umowy dodatkowej;
- 11) jako bezpośredni lub pośredni skutek wad wrodzonych dziecka uczestnika;
- 12) jako bezpośredni lub pośredni skutek wszelkich rozmyślnych działań osób pod opieką których pozostawało dziecko uczestnika.

2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie jest należne jeżeli w terminie trzydziestu dni od dnia wystąpienia poważnego zachorowania nastąpi śmierć dziecka uczestnika.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 5 OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli poważne zachorowanie dziecka uczestnika wystąpi:
  - 1) w związku ze spożyciem przez dziecko uczestnika alkoholu, nie zaleconym 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 dziecko uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika, jego dziecko lub osoby pod opieką których pozostawało dziecko uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich dotyczących dziecka uczestnika;
  - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywało dziecko uczestnika, z wyjątkiem przypadku, gdy było ono pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
  - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

1. Uczestnik oraz dziecko uczestnika mają obowiązek starać się złagodzić skutki poważnego zachorowania dziecka uczestnika niezwłocznie poddając je opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. O wystąpieniu poważnego zachorowania dziecka uczestnika towarzystwo powinno zostać powiadomione w terminie trzech miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wypłacane jest dziecku uczestnika, a w przypadku dzieci niepełnoletnich uczestnikowi.
3. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące dziecka uczestnika i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka uczestnika nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia dziecka uczestnika, towarzystwo może zażądać od uczestnika poddania dziecka uczestnika badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. Dziecko uczestnika nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## § 10 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 11 REPREZENTACJA DZIECKA

1. Wszelkie oświadczenia woli, wymagane zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków ogólnych, składane są w imieniu

dziecka uczestnika przez uczestnika, działającego jako jego przedstawiciel ustawowy.

2. Postanowienia ustępu poprzedzającego nie stosuje się po uzyskaniu przez dziecko pełnej zdolności do czynności prawnych.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu

Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ MARTWEGO DZIECKA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się pojęcia główna umowa ubezpieczenia, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie, umowę zawartą na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych.
2. Ilekroć w warunkach ogólnych umowy dodatkowej ubezpieczenia ryzyka urodzenia się martwego dziecka używa się pojęcia umowa dodatkowa, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków ogólnych.
3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę zawarcia umowy dodatkowej złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest urodzenie się martwego dziecka uczestnika.
2. Udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty w przypadku urodzenia się martwego dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż w dwudziestym drugim tygodniu ciąży, świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się martwego dziecka oraz liczby dzieci, które w czasie jednego porodu urodzą się martwe.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 zostanie wypłacone jeżeli urodzenie martwego dziecka zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a uczestnikowi został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia.
4. Przysługująca danemu uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) rozwiązania umowy dodatkowej;

- 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielonej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 3) przekształcenia ochrony ubezpieczeniowej udzielonej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
  - 4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
  - 5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 4 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z upływem dwustu siedemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

## § 5 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 6 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się martwego dziecka obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się martwego dziecka wypłacane jest uczestnikowi.

## § 7 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.

3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.


## § 8 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przestępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

## WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA OSIEROCENIA DZIECKA UCZESTNIKA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

### § 1 DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
  - 2) **dziecko uczestnika** – dziecko własne uczestnika, które urodziło się żywe lub dziecko przysposobione uczestnika, pozostające pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci niepełnoletnich) oraz dziecko własne lub przysposobione uczestnika, które do uzyskania pełnoletności pozostawało pod jego władzą rodzicielską (w przypadku dzieci pełnoletnich).
  - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczest-

nika, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;

- 4) **śmierć uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć uczestnika będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

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

### § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.
2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

### § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest osierocenie dziecka uczestnika, przez co rozumie się śmierć uczestnika mającą miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Z zastrzeżeniem ustępów poniższych niniejszego paragrafu, udzielana w ramach umowy dodatkowej, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku osierocenia dziecka uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika, wskazanej w umowie dodatkowej.
3. W przypadku gdy wysokość ochrony ubezpieczeniowej, która zgodnie z zawartą główną umową ubezpieczenia, przysługiwałaby danemu uczestnikowi ponad automatyczny limit akceptacji, została ograniczona w sposób przewidziany na taką okoliczność w warunkach ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych, ograniczeniu do automatycznego limitu akceptacji z tytułu osierocenia dziecka uczestnika ulega również wysokość sumy ubezpieczenia przysługującej uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej.
4. W przypadku gdy wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika, która zgodnie z zawartą umową dodatkową przysługiwałaby danemu uczestnikowi przekracza automatyczny limit akceptacji z tytułu osierocenia dziecka uczestnika, suma ta może zostać ograniczona zgodnie z zasadami określonymi w głównej umowie ubezpieczenia.

5. Jeżeli wysokość przysługującej uczestnikowi sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika jest uzależniona od wysokości wynagrodzenia otrzymywanego przez uczestnika, suma ta niezależnie od zmian wysokości tego wynagrodzenia ograniczona jest odpowiednio do automatycznego limitu akceptacji bądź wysokości ustalonej przez towarzystwo w sposób przewidziany w ust. 4.

#### § 4

##### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.
3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku zajścia co najmniej jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu, w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia;
  - 2) w okresie ostatnich dwunastu miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia uczestnik co najmniej dwadzieścia jeden kolejnych dni był nieobecny w pracy z powodu choroby lub uszkodzenia ciała;

przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4. Postanowień ust. 3 pkt 2 nie stosuje się jeżeli w dniu przystąpienia danego uczestnika do ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia ubezpieczonych jest więcej niż sto osób, z tym zastrzeżeniem, iż przy ustalaniu liczby osób ubezpieczonych nie są brani pod uwagę uczestnicy ubezpieczeni w ramach ubezpieczenia bezskładkowego.
5. Przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
  - 1) śmierci uczestnika;
  - 2) ukończenia przez dziecko uczestnika wieku dwudziestu jeden lat – w odniesieniu do tego dziecka uczestnika, które ukończyło dwadzieścia jeden lat;
  - 3) rozwiązania umowy dodatkowej;
  - 4) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
  - 5) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;

- 6) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeżeli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;
- 7) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

6. Z zastrzeżeniem ust. 7, towarzystwo ponownie przyznaje uczestnikowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 5 pkt 3, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, postanowienia § 3 ust. 3 – 5 stosuje się odpowiednio.
7. W okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni następujących po dniu ponownego przyznania uczestnikowi ochrony z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ryzyka osierocenia dziecka uczestnika ograniczona jest do zobowiązania do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

#### § 5

##### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Świadczenie z tytułu osierocenia dziecka uczestnika nie zostanie wypłacone przez towarzystwo, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez uczestnika alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez uczestnika przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał uczestnik, z wyjątkiem przypadku, gdy uczestnik był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału uczestnika w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 9) na skutek zakażenia uczestnika wirusem HIV;
- 10) w związku z chorobą psychiczną uczestnika lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi.

## § 6 SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia
2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7 SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8 OBOWIĄZKI

O śmierci uczestnika powodującej osierocenie dziecka uczestnika towarzystwo powinno zostać zawiadomione w terminie sześciu miesięcy od dnia zajścia tego zdarzenia.

## § 9 USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka uczestnika obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu osierocenia dziecka uczestnika wypłacane jest dziecku uczestnika. W przypadku, gdy uprawnienie do świadczenia przysługuje więcej niż jednemu dziecku, świadczenie zostanie wypłacone każdemu z uprawnionych.

## § 10 ZBIEG ROSZCZEŃ

W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia dziecka uczestnika wskutek śmierci uczestnika oraz z tytułu innych umów dodatkowych, w których uczestnik objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia dziecka uczestnika oraz najwyższego ze

świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy.

## § 11 ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
  - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;
  - 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia, wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

# WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI RODZICA NR 2/2007

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie umów grupowego ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Opiekun nr 2/2007.

## § 1 DEFINICJE

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

- 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych na wstępie niniejszych warunków ogólnych;
- 2) **małżonek uczestnika** – osoba pozostająca z uczestnikiem w związku małżeńskim, w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych, jak również osoba, która pozostawała z uczestnikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego i zmarła przed dniem zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu rodzica, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli rodzica uczestnika;
- 4) **rodzic** – rodzic naturalny uczestnika lub małżonka uczestnika, o ile do dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej, osoba która przysposobiła uczestnika lub jego małżonka, jak również osoba, która od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej jej w ramach umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ogólnych do dnia jej wygaśnięcia pozostawała w związku małżeńskim z rodzicem naturalnym uczestnika lub jego małżonka albo osobą, która przysposobiła uczestnika lub jego małżonka.
- 5) **śmierć rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć rodzica będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła w ciągu stu osiemdziesięciu dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

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

3. Wszelkie pojęcia, inne niż wskazane w ustępach poprzedzających, stosowane są w niniejszych warunkach ogólnych zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez warunki ogólne wymienione na wstępie.

## § 2 ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem

o zawarciu głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.

2. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę zawarcia umowy dodatkowej złożoną łącznie z wnioskiem o zawarciu głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą w dniu wskazanym w dokumencie potwierdzającym przyjęcie przez towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

## § 3 OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną w ramach umowy dodatkowej jest śmierć rodzica.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, udzielana w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu towarzystwa do zapłaty, w przypadku śmierci rodzica w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica, wskazanej w umowie dodatkowej.

3. Jeżeli uczestnik od dnia przystąpienia do ubezpieczenia jest przypisany do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy uczestnik złożył deklarację uczestnictwa po upływie trzech miesięcy po dniu w którym spełnił on wskazane w głównej umowie ubezpieczenia warunki przystępowania do ubezpieczenia przysługująca uczestnikowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci rodzica uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

## § 4 OKRES UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w chwili zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, przysługująca rodzicowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

2. Jeżeli umowa dodatkowa została zawarta w terminie późniejszym niż główna umowa ubezpieczenia, przysługująca rodzicowi ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się późniejszego z dni, którymi są: dzień zawarcia tej umowy, dzień przystąpienia uczestnika do ubezpieczenia oraz dzień przypisania uczestnika do kategorii przewidującej ochronę z tytułu umowy dodatkowej.

3. Udzielana rodzicowi w ramach umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:

- 1) rozwiązania umowy dodatkowej;
- 2) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej uczestnikowi w ramach głównej umowy ubezpieczenia;
- 3) przekształcenia udzielanej w ramach głównej umowy ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej uczestnika w ubezpieczenie bezskładkowe;

4) poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po ukończeniu przez uczestnika sześćdziesiątego piątego roku życia lub w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, w którą uczestnik kończy sześćdziesiąt pięć lat – jeśli w dniu tej rocznicy przypada dzień urodzin uczestnika;



5) poprzedzającym dzień przypisania uczestnika do kategorii nieprzewidującej ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

4. Towarzystwo ponownie przyznaje rodzicowi, wygasłą uprzednio na skutek zajścia zdarzenia wskazanego w ust. 3 pkt 2, ochronę ubezpieczeniową z chwilą ponownego przyznania uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej w ramach głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa przysługująca rodzicowi uczestnika w okresie pierwszych stu osiemdziesięciu dni od dnia jej ponownego przyznania ograniczona jest do zobowiązania towarzystwa do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2, wyłącznie w przypadku śmierci rodzica uczestnika będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku.

## § 5

### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W trakcie trwania okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci rodzica nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:

- 1) w związku ze spożyciem przez rodzica alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem przez rodzica przestępstwa lub usiłowaniem popełnienia przez rodzica przestępstwa albo dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
- 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez rodzica wskazań i zaleceń lekarskich;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał rodzic, z wyjątkiem przypadku, gdy rodzic uczestnika był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa rodzica uczestnika w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział rodzica uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 7) jako wynik udziału rodzica uczestnika w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
- 8) jako wynik udziału rodzica w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniami.

2. Po upływie okresu ograniczonej odpowiedzialności towarzystwa świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci rodzica uczestnika nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć rodzica uczestnika nastąpi:

- 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
- 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa rodzica uczestnika w innych niż wskazane w pkt. 1 aktach przemocy, chyba że udział rodzica uczestnika w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

## § 6

### SKŁADKA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz towarzystwa składkę z tytułu ubezpieczenia udzielanego w ramach umowy dodatkowej (składka dodatkowa), w wysokości oznaczonej w umowie ubezpieczenia. Składka ta stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna łącznie ze składką regularną opłacaną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

2. Składka dodatkowa obliczana jest zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie informacji dotyczących osób, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub są nim objęte, w szczególności ich wieku, struktury płci, ryzyka związanego z wykonywanymi zawodami, w tym ocenianego w odniesieniu do działalności gospodarczej prowadzonej przez ubezpieczającego, wysokości ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana w ramach umowy dodatkowej.

## § 7

### SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.

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

3. Postanowienie ustępu poprzedzającego stosuje się także po upływie trzech lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej.

## § 8

### USTALANIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Przy ustalaniu wysokości świadczenia uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez rodzica. Jeżeli wskazał on kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią rodzica albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci rodzica nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uczestnikowi. Jeżeli uczestnik umyślnie przyczynił się do śmierci rodzica, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców rodzica, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego.

## § 9

### ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:

- 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo trzydziestu dni, jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną;

- 2) wypowiedzenia dokonane przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 2;
  - 3) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, nie później jednak niż na trzydzieści dni przed daną rocznicą ubezpieczenia. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu poprzedzającym rocznicę ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzednim.
3. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej.

## § 10 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach związanych z zawarciem umowy dodatkowej, przystępowaniem uczestników do ubezpieczenia, ustalaniem wysokości ochrony ubezpieczeniowej, zapłatą i podziałem składki, opóźnieniem w płatności składki, zmianami w rocznicę ubezpieczenia wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i innych nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się postanowienia warunków ogólnych wymienionych na wstępie, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA z dnia 26 września 2007 r., z mocą prawną od 22 października 2007 r.

W imieniu Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa  
Ubezpieczeń na Życie SA

Adam Uszpolewicz  
Prezes Zarządu



Zygmunt Kostkiewicz  
I Wiceprezes Zarządu



1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.









Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa  
infolinia: 0 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44  
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl