

## Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Ciężkiej Choroby

### SPIS TREŚCI:

<b>ROZDZIAŁ I</b>		<b>ROZDZIAŁ VI</b>	
Postanowienia ogólne	str 1	Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela	str 3
<b>ROZDZIAŁ II</b>		<b>ROZDZIAŁ VII</b>	
Definicje	str 1	Wypłata świadczenia	str 4
<b>ROZDZIAŁ III</b>		<b>ROZDZIAŁ VIII</b>	
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej	str 2	Indeksacja	str 4
<b>ROZDZIAŁ IV</b>		<b>ROZDZIAŁ IX</b>	
Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego	str 2	Postanowienia końcowe	str 4
<b>ROZDZIAŁ V</b>			
Składka z tytułu Umowy Dodatkowej	str 3		

## Rozdział I

### Postanowienia ogólne

#### § 1.

- Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Ciężkiej Choroby, zwane dalej „Warunkami Dodatkowymi” stosuje się do umów dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia ciężkiej choroby zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.
- Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Ciężkiej Choroby, zwana dalej „Umową Dodatkową” może zostać zawarta jedynie jako uzupełnienie umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie lub indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie zwanej dalej „Umową Podstawową”. Opisywane rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej Umowy Podstawowej wymaga każdorazowo odpowiedniej akceptacji ze strony Ubezpieczyciela.
- W zakresie nieuregulowanym w niniejszych Warunkach Dodatkowych stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, przepisy Kodeksu Cywilnego, zapisy Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz zapisy innych obowiązujących przepisów polskiego prawa.

## Rozdział II

### Definicje

#### § 2.

- Suma Ubezpieczenia** - kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jednej z Ciężkich Chorób, objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej. Suma Ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej nie może przewyższyć 25% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego dla Umowy Podstawowej i jednocześnie przekroczyć kwoty 100.000 zł.
- Ciężka Choroba** - stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, wystąpienie w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej: objawów jednej ze zdefiniowanych w ust. 3 pkt. a), b), c), d), e), f) chorób lub przebiegu w okresie Ubezpieczenia niniejszej Umowy Dodatkowej zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt. g), h), i) lub powstanie obrażeń zdefiniowanych w ust. 3 pkt. j) pod warunkiem jednak, iż wszelkie objawy chorób wyszczególnionych w ust. 3 pkt. a), b), c), d), e), f) bądź objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną wykonania u Ubezpieczonego jednego z zabiegów wyszczególnionych w ust. 3 pkt. g), h), i) lub zdarzenie powodujące wyszczególnione w ust. 3 pkt. j) obrażenia pojawiły się po raz pierwszy w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu w okresie pierwszych 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby, daty wypadku lub daty przeprowadzenia zabiegu operacyjnego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- W rozumieniu Umowy Dodatkowej poniższe terminy będą każdorazowo oznaczać:
  - złośliwa choroba nowotworowa** - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczących tkanki zdrowe. Choroba musi zostać potwierdzona jednoznacznie wynikiem badania histopatologicznego.

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium „in situ”, nowotwory nie sklasyfikowane jako „nowotwory złośliwe”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, czerniak złośliwy w stadium IA (T1a N0 M0), rak podstawnokomórkowy skóry, rak kolczystokomórkowy skóry, przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium, wewnątrznałobkowa neoplazja szyjki macicy (dysplazja szyjki macicy, rak przedinwazyjny), rak prostaty w pierwszym stadium rozwoju (T1a, 1b, 1c);

- ciężki zawał serca** - martwica części lub fragmentu mięśnia sercowego (myocardium) w następstwie zamknięcia tętnicy wieńcowej, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę stwierdzeniem w wywiadzie wszystkich z wymienionych kryteriów: typowego bólu w klatce piersiowej, jednoznacznymi wynikami badania elektrokardiograficznego (EKG) oraz podwyższeniem poziomu troponiny i markerów enzymatycznych w surowicy krwi ponad standardowe i prawidłowe wartości.

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”, ostre zespoły wieńcowe, przypadki stabilnej i niestabilnej duszniczy bolesnej (dławicy piersiowej), przypadki zawału mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST elektrokardiogramu (NSTEMI), gdzie można zaobserwować wyłącznie podwyższony poziom troponiny I oraz troponiny T;

- ciężki udar mózgu** - incydent mózgowo-naczyniowy powodujący trwałe i nieodwracalne uszkodzenie (martwica) tkanek mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynacynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego.

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są natomiast następujące stany chorobowe: migrena, udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, przemijający atak niedokrwienności (TIA), zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kestonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, przejściowego incydenty przemijającego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno zostać jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub jednoznacznie wynikiem badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia;

- ciężka niewydolność nerek** - mocznica na skutek przewlekłej, trwałej i nieodwracalnej niewydolności obu nerek wymagająca regularnego leczenia dializami (hemodializa, dializa pozaustrojowa, dializa otrzewnowa) przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę dokumentacją medyczną;
- obustronna i trwała utrata wzroku** - całkowita, trwała i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (V0=0, z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji) w następstwie choroby lub wypadku. O trwałości i nieodwracalności schorzenia orzeka lekarz specjalista (okulista) powołany przez Ubezpieczyciela po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia;

- f) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych potwierdzoną klinicznie demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, rozpoznanie musi być jednoznaczne i ostatecznie, zostać postawione przez lekarza specjalistę neurologa oraz być poprzedzone więcej niż jednym (w okresie 1 miesiąca) udokumentowanym klinicznie epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację: uszkodzenia nerwu wzrokowego, uszkodzenia pnia mózgu, uszkodzenia rdzenia kręgowego, wystąpienia zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia, z charakterystycznymi dla tego schorzenia wynikami badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- g) **przeszczep narządu** - przeszczep Ubezpieczonemu jako biocyta jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca, nerek oraz szpiku kostnego.  
**Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** przypadki przeszczepu narządów sztucznych, a także narządów uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu przeszczepu narządu powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę
- h) **poważna operacja zastawek serca** - zabieg zastąpienia jednej lub kilku z ludzkich zastawek serca sztuczną zastawką serca (sztuczną zastawką aorty, sztuczną zastawką mitralną, sztuczną zastawką trójdzielną, sztuczną zastawką tętnicy płucnej), wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno zostać jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę dokumentacją medyczną.  
**Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** przypadki operacji plastyki zastawek serca, cewnikowanie serca oraz wszelkie zabiegi korekty i nacięć przestrzeni pomiędzy poszczególnymi zastawkami serca w celu ograniczenia ucisku na skutek zwężenia zastawki serca, w szczególności zabiegi leczenia zwężenia zastawki mitralnej lub leczenia zwężenia zastawki tętnicy płucnej;
- i) **chirurgiczne leczenie ciężkiej choroby wieńcowej (by-pass)** - przebiecie zabiegu operacyjnego wymagającego otwarcia klatki piersiowej w celu korekty dwóch lub więcej zwężonych bądź niedrożnych naczyń wieńcowych poprzez przeszczep naczyń wieńcowych (CABG). Wskazania do operacji muszą opierać się na wyniku angiografii wieńcowej a wykonanie operacji musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę.  
**Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są:** przypadki angioplastyki, laparoskopii, metody wżernikowej, zabiegi endoskopowe oraz inne zabiegi wewnątrznaczyniowe i wewnątrztrętnicze;
- j) **ciężkie oparzenie** - głębokie, termiczne lub chemiczne uszkodzenie skóry co najmniej trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; **ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki:** oparzeń spowodowanych ekspozycją na: promienie słoneczne, promieniowanie RTG, promieniowanie UV oraz promieniowanie radioaktywne; rozległość oparzenia ustalana jest przez lekarza konsultanta powołanego przez Ubezpieczyciela według Tabeli Lunda i Browdera lub „Reguły Dziewiątek” Wallace’a.

4. **Okres karencji** - czas, po upływie którego rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej, wynosi on 6 miesięcy od daty wskazanej na Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej.

5. **Szpital** - działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami prawa: publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, prowadzący lecnicstwo zamknięte, spełniający jednocześnie wszystkie z wymienionych poniżej warunków:

- posiada wydane zgodnie z przepisami prawa polskiego zezwolenie na prowadzenie szpitala na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- zatrudnia zawodową i wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską,
- posiada odpowiedni sprzęt medyczny i zdolność do wykonywania zabiegów chirurgicznych,
- zapewnia całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską w specjalnie przygotowanych do tego celu pomieszczeniach.

W rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych za szpital nie uważa się: ośrodka zdrowia; ośrodka pomocy społecznej lub hospicjum, ośrodka dla osób psychicznie chorych, ośrodka leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, leków i innych środków odurzających, ośrodka sanatoryjnego, uzdrowiska, prewentoria, szpitala sanatoryjnego lub ośrodka wypoczynkowego, a także jakiegokolwiek ośrodka rehabilitacyjnego lub rekonwalescencyjnego, czy też szpitala uzdrowiskowego bądź szpitala rehabilitacyjnego. W rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych szpitalem nie są również zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

## Rozdział III

### Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

#### § 3.

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego jednej z Ciężkich Chorób.

## Rozdział IV

### Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego

#### § 4.

1. Za zgodą Ubezpieczyciela Umowa Dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie wraz z zawarciem Umowy Podstawowej lub w Rocznicę Polisy, o ile Ubezpieczony spełnia warunki, o których mowa w ust. 4 oraz do upływu Okresu Ubezpieczenia dla Umowy Podstawowej pozostało jednocześnie co najmniej 5 pełnych lat. Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzone zostaje odpowiednimi postanowieniami w Polisie.
2. Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na zasadach oraz w sposób określony w niniejszych Warunkach Dodatkowych oraz w sposób określony w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.
3. Podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej są:
  - a) składany przez Ubezpieczającego i wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej,
  - b) dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego pełnej wysokości pierwszej Składki na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela,
  - c) wszelka dokumentacja medyczna niezbędna do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Umowa Dodatkowa może być zawarta wyłącznie na rzecz osoby, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat, lecz jednocześnie nie ukończyła 50 lat.
5. Zawarcie Umowy Dodatkowej może zostać uzależnione od wyników badań medycznych i analiz laboratoryjnych wykonanych w ramach procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczyciel ma prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej jako Ubezpieczony.

#### § 5.

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na czas określony, równy każdorazowo 5 lat, wskazany w Polisie jako „Okres Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej”.
2. Ubezpieczyciel przed upływem Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, na wniosek Ubezpieczającego, może zaproponować przedłużenie Umowy Dodatkowej na kolejny okres, nie dłużej jednak niż do Rocznicy Polisy przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 55. roku życia. Opisywane przedłużenie okresu ochrony ubezpieczeniowej może odbyć się wyłącznie za zgodą i na zasadach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. W przypadku opisanego powyżej przedłużenia Umowy Dodatkowej nie obowiązują postanowienia dotyczące okresów karencji.

#### § 6.

1. Umowa Dodatkowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie wyłącznie w Rocznicę Polisy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. W razie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia Składki za okres wypowiedzenia.

#### § 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od daty zawarcia Umowy Dodatkowej.
2. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej, Ubezpieczyciel za niewykorzystany okres ubezpieczenia zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu.

## § 8.

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w przypadku wystąpienia którejkolwiek z niżej wymienionych przesłanek:

1. rozwiązania Umowy Podstawowej - z dniem jej rozwiązania,
2. odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej - z dniem odstąpienia,
3. wypowiedzenia Umowy Dodatkowej - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
4. śmierci Ubezpieczonego - z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
5. wypłatą Sumy Ubezpieczenia - z dniem uznania roszczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.

## Rozdział V

### Składka z tytułu Umowy Dodatkowej

#### § 9.

1. Wysokość Składki ustala się na podstawie taryfy Ubezpieczyciela w zależności od wysokości Sumy Ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej, długości Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, częstotliwości opłacania Składki oraz Wzrostu Ubezpieczonego.
2. Składka może być podwyższona przez Ubezpieczyciela w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki ryzyka:
  - a) tryb życia ubezpieczeniowego,
  - b) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
3. Składkę za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynając się po upływie okresu karencji.
4. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest jednocześnie ze Składką z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składka z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie może być opłacona jednorazowo za cały Okres Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
6. Z zastrzeżeniem zapisów ust. 7, Składka z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej pozostaje stała w Okresie Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
7. Ubezpieczyciel po upływie Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej zastrzega sobie prawo do zaproponowania Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu nowej wysokości Składki i Sumy Ubezpieczenia w kolejnym okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel, na 3 miesiące przed Roczną Polisy stanowiącą datę zakończenia Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej proponuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu nową wysokość Składki oraz Sumy Ubezpieczenia w kolejnym okresie trwania Umowy Dodatkowej.
8. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony po otrzymaniu propozycji, o której mowa w ust. 7, doręczy Ubezpieczycielowi najpóźniej na 1 miesiąc przed Roczną Polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Ubezpieczyciela zmianę warunków ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, oświadczenie takie będzie każdorazowo traktowane przez Ubezpieczyciela jako oświadczenie o niewyrażeniu zgody na przedłużenie Umowy Dodatkowej. Niedoręczenie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanych mu warunków ubezpieczenia, w terminach określonych powyżej, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy Dodatkowej na zasadach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

## Rozdział VI

### Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela

#### § 10.

1. Z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oraz chorób, Ciężkich Oparzeń i zabiegów operacyjnych wyszczególnionych w § 2 ust. 3 pkt. a), b), c), d), e), f), g), h), i), j) Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w Umowie Dodatkowej Sumy Ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone jeżeli potwierdzone jednoznacznie diagnozą objawy Ciężkiej Choroby pojawiły się po raz pierwszy najwcześniej w okresie, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu w okresie pierwszych 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby, daty wypadku powodującego Ciężkie Oparzenia lub daty przeprowadzenia zabiegu operacyjnego objętego ochroną ubezpieczeniową.
3. Z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób, przypadków oparzeń lub liczbę przebytych operacji, jak również bez względu na kolejność ich przebiegania lub przeprowadzania.
4. Indeksacja Sumy Ubezpieczenia w niniejszej Umowie Dodatkowej nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej niż określonej w ust. 3 liczby świadczeń.

## § 11.

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków wystąpienia Ciężkich Chorób będących wynikiem:
  - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, niebezpiecznych zajęć rekreacyjnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o niebezpiecznym charakterze, w szczególności takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, baloniarstwo i inne sporty balonowe, nurkowanie, skoki na gumowej linie, skoki z wysokości, szybownictwo, sporty lotnicze i paralotnicze, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki, heliskiing, rafting i wszystkie jego odmiany, uczestnictwo w wyprawach survivalowych,
  - 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
  - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
  - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, aktach przemocy lub terroru, konfliktach zbrojnych, zamachach stanu, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
  - 5) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, do działań wojennych zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 6) działania energii jądowej, promieniowania radioaktywnego, pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii (zgodnie z zaleceniami lekarskimi),
  - 7) wypadku lotniczego, o ile Ubezpieczony był w chwili wypadku pasażerem nielicencjonowanych linii lotniczych,
  - 8) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub środków toksycznych o podobnym działaniu,
  - 9) chorób psychicznych, zaburzeń umysłu lub świadomości w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
  - 10) napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
  - 11) nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków,
  - 12) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
  - 13) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 14) umyślnego samouszkodzenia ciała, okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub samobójstwa,
  - 15) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 16) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
  - 17) obrażeń ciała doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
  - 18) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu,
  - 19) prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub pojazdu bez ważnych badań technicznych,
  - 20) wszelkich chorób i schorzeń powstałych, zdiagnozowanych bądź będących przedmiotem leczenia przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 3 pkt. a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wyszczególnionych w § 2 ust. 3 pkt. g), h), i) lub zdarzenie powodujące wystąpienie zdefiniowanego w § 2 ust. 3 pkt. j) Ciężkiego Oparzenia wystąpiły przed datą zawarcia Umowy Dodatkowej lub w Okresie karencji, jak również w sytuacji, gdy Ubezpieczony po wystąpieniu Ciężkiej Choroby umyślnie bądź w skutek rażącego niedbalstwa nie poddał się opiece medycznej lub nie zastosował się do zaleceń lekarskich, co miało wpływ na rozwój choroby i/lub możliwość ustalenia stopnia jej zaawansowania.



## Rozdział VII

### Wypłata świadczenia

#### § 12.

- Po otrzymaniu wypełnionego, lecz niekompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni roboczych poinformuje pisemnie, telefonicznie lub drogą elektroniczną Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz wszystkich dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - oryginału formularza zgłoszenia roszczenia,
  - poświadczonej za „zgodność z oryginałem” kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby Ubezpieczonej,
  - kompletnej dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaną Ciężką Chorobą,
  - wyników badań potwierdzających zgodność rozpoznanej u Ubezpieczonego jednostki chorobowej z przyjętą przez Ubezpieczyciela definicją,
  - opisu okoliczności wypadku - jeżeli Ciężka Choroba nastąpiła na skutek wypadku,
  - notatki policyjnej - w przypadku, gdy nastąpiło zawiadomienie policji,
  - poświadczonej za „zgodność z oryginałem” kopii prawa jazdy Ubezpieczonego i dowodu rejestracyjnego prowadzonego przez niego w trakcie wypadku pojazdu - w przypadku uczestnictwa Ubezpieczonego w wypadku, gdzie Ubezpieczony był kierowcą jakiegokolwiek pojazdu,
  - poświadczonej za „zgodność z oryginałem” kopii protokołu powypadkowego - w przypadku, gdy Ciężka Choroba nastąpiła w wyniku wypadku przy pracy lub podczas wykonywania przez Ubezpieczonego codziennych obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
  - dokumentu potwierdzającego stan trzeźwości Ubezpieczonego, a jeśli nie badano oświadczenie Ubezpieczonego o stanie trzeźwości w chwili wypadku - jeżeli Ciężka Choroba nastąpiła na skutek wypadku.
- Jeżeli Ciężka Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek powodujący wystąpienie u Ubezpieczonego Ciężkiej Choroby nastąpił poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wymaga się by wszystkie wymagane przez Ubezpieczyciela dokumenty zostały przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów tłumaczenia, przez tłumacza przysięgłego, dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
- Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia, w szczególności wyników badań potwierdzających zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Ubezpieczyciela definicją.
- Wszelkie dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za „zgodność z oryginałem” przez organ wydający dany dokument, notariusza lub uprawnionego do tego celu pracownika Ubezpieczyciela.
- Osoba będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uposażonym nie może jednocześnie dokonać potwierdzenia za „zgodność z oryginałem” wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów.
- W przypadku zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania przez Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Ubezpieczyciela lekarza - w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi.
- Wymienione w powyższym ust. 7 działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i mogą odbywać się we wskazanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych i na jego koszt. Odmowa poddania się przez Ubezpieczonego tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i w konsekwencji odmową wypłaty odszkodowania.

#### § 13.

- W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej w trakcie Okresu Ubezpieczenia Umowy Podstawowej, w ciągu 3 lat od daty zawarcia Umowy Dodatkowej Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty całości lub części świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodnie z prawdą lub zataił informacje, o które Ubezpieczyciel pytał w dokumentach poprzedzających zawarcie Umowy Dodatkowej, na zasadach wskazanych w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż wynikałoby to z zawartej Umowy Dodatkowej lub wniosku o wypłatę świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną częściowej lub całkowitej odmowy.

- Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi żądanymi przez Ubezpieczyciela dokumentami, wypełnionymi zgodnie z jego wymogami.
- Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w ust. 3, Ubezpieczony zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w podanym terminie. Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

## Rozdział VIII

### Indeksacja

#### § 14.

- W każdą Rocznicę Polisy, z zastrzeżeniem zapisów ust. 6, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Indeksacji, czyli podwyższenia Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej o Wskaźnik Indeksacji zaproponowany przez Ubezpieczyciela bez konieczności poddawania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim lub dodatkowym analizom laboratoryjnym. Indeksacja Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej skutkuje wzrostem Składki.
- W terminie nie później niż 30 dni przed każdą Rocznicą Polisy, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości Wskaźnika Indeksacji, Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej oraz Składki na rok następny.
- Brak pisemnego sprzeciwu Ubezpieczającego doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż 14 dni przed Rocznicą Polisy uważa się za wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na podwyższenie Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej o zaproponowany przez Ubezpieczyciela Wskaźnik Indeksacji.
- W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu w stosunku do Indeksacji w dwóch kolejnych latach prawo Ubezpieczającego do Indeksacji wygasa.
- Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższania Sumy Ubezpieczenia o Wskaźnik Indeksacji, jeżeli jest on zwolniony z opłacania Składek z tytułu Umowy Dodatkowej zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia zwolnienia z Obowiązku Opłacania Składek.
- Indeksacja Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej nie jest wykonywana, gdy Indeksacji nie podlega wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego dla Umowy Podstawowej.

## Rozdział IX

### Postanowienia końcowe

#### § 15.

Niniejsze Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Ciężkiej Choroby zostały zatwierdzone Uchwałą 54/Z/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 14 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 20 grudnia 2012 r.

Prezes Zarządu



Jan Myszkowski

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann