

AEGON

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO
ZDRO-OWU-1018





**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO**

o oznaczeniu

ZDRO-OWU-1018

SPIS TREŚCI

UMOWA DODATKOWA	5
§ 1. Co oznaczają poszczególne terminy?	
§ 2. Co podlega Ochronie Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej?	
§ 3. Jakie są wymagania Umowy Dodatkowej w zakresie wieku Ubezpieczonego?	
ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ	13
§ 4. Jak wygląda proces zawierania Umowy Dodatkowej?	
§ 5. Na jak długo mogę zawrzeć Umowę Dodatkową?	
ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ	14
§ 6. Czy mogę odstąpić od Umowy Dodatkowej po jej zawarciu?	
ODNOWIENIE UMOWY DODATKOWEJ	15
§ 7. W jakich sytuacjach dojdzie do odnowienia Umowy Dodatkowej?	
§ 8. Co i w jaki sposób można zmienić w odnawianej Umowie Dodatkowej?	
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	15
§ 9. Jaki jest czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej?	
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE, ŚWIADCZENIE OPIEKUŃCZE	16
§ 10. Jaka jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego?	
§ 11. Jak wygląda procedura wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego?	
OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ	17
§ 12. Kiedy nasza odpowiedzialność ubezpieczeniowa jest ograniczona lub wyłączona?	
SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ	18
§ 13. Jak często i w jakiej wysokości będę opłacać Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej?	
§ 14. Czy mogę zmienić częstotliwość opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej?	
WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	18
§ 15. W jakich sytuacjach Umowa Dodatkowa wygasa?	
§ 16. Jak wypowiedzieć Umowę Dodatkową?	
§ 17. W jaki sposób będą rozpatrywane reklamacje i spory?	
§ 18. Postanowienia końcowe	
ZAŁĄCZNIK NR 1 – Katalog Poważnych Zachorowań	21

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca
<p>1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia</p>	<p>§ 1 pkt 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) OWDU § 2 ust. 1–3 OWDU § 9 OWDU § 10 ust. 1–6 OWDU § 11 OWDU Katalog Poważnych Zachorowań stanowiący Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<p>§ 1 pkt 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 11) OWDU § 8 ust. 4 oraz ust. 5 OWDU § 10 ust. 2–6 OWDU § 12 ust. 1 oraz ust. 2 OWDU Katalog Poważnych Zachorowań stanowiący Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej</p>

UMOWA DODATKOWA

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz z Załącznikiem nr 1 mają zastosowanie do Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zawartej pomiędzy Aegon a Ubezpieczającym i stanowią integralną część tej Umowy Dodatkowej.

§ 1. Co oznaczają poszczególne terminy?

- 1) **Akt Przemocy** – działanie polegające na bezprawnym skierowaniu czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko innej osobie, powodujące ograniczenie bądź wyłączenie swobody woli tej osoby.
- 2) **Poważne Zachorowanie** – jednostka chorobowa lub leczenie operacyjne wymienione w Katalogu Poważnych Zachorowań, które zostało zdiagnozowane, a w przypadku leczenia operacyjnego – które zostało wykonane u Ubezpieczonego w okresie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, zdefiniowane poniżej:
 - 2.1. **Nowotwór złośliwy** – nowotwór złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych atakujących tkanki różnego typu histologicznego. Diagnoza musi być poparta badaniem histopatologicznym lub – w przypadku uogólnionej choroby nowotworowej – badaniem cytologicznym. Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego nowotworu złośliwego wyłączone są:
 - a) nowotwór nieinwazyjny (in situ),
 - b) nowotwór złośliwy skóry inny niż czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
 - c) nowotwór złośliwy prostaty stopnia T1N0M0 w klasyfikacji TNM (UICC, 2017),
 - d) nowotwór brodawkowaty tarczycy stopnia T1N0M0 w klasyfikacji TNM (UICC, 2017),
 - e) białaczka niepowodująca znaczącej klinicznie anemii,
 - f) zmiany przednowotworowe,
 - g) zmiany nieinwazyjne,
 - h) zmiany charakteryzujące się złośliwością graniczną lub małym potencjałem złośliwości,
 - i) dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2 lub CIN-3.
 - 2.2. **Rak in situ (carcinoma in situ)** – nowotwór złośliwy rozwijający się z komórek nabłonka, ale nie atakujący otaczającej tkanki. Warunkiem wypłaty świadczenia jest objęcie przez zdiagnozowanego raka in situ całej grubości nabłonka. Zakres ochrony obejmuje tylko i wyłącznie rozpoznanie następujących nowotworów w stadium in situ:
 - a) rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka (ICD-10 kod D00),
 - b) rak in situ innych i nieokreślonych organów trawiennych (ICD-10 kod D01),
 - c) rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego (ICD-10 kod D02),
 - d) rak in situ piersi (ICD-10 kod D05) niewymagający mastektomii,
 - e) rak in situ piersi (ICD-10 kod D05) wymagający mastektomii,
 - f) rak in situ szyjki macicy (ICD-10 kod D06, w tym CIN III) z częściową lub całkowitą histerektomią,
 - g) rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych (ICD-10 kod D07),
 - h) rak in situ pęcherza moczowego (ICD-10 kod D09.0).Diagnoza musi być poparta badaniem histopatologicznym.
 - 2.3. **Nowotwór o niższym stopniu zaawansowania** – oznacza chorobę nowotworową o niższym stopniu zaawansowania, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się komórek złośliwych: Zakres ochrony obejmuje tylko i wyłącznie rozpoznanie następujących nowotworów o niższym stopniu zaawansowania:
 - a) czerniak złośliwy (ICD-10 kod C43) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017),
 - b) płaskonabłonkowy złośliwy nowotwór skóry przekraczający rozmiarem 2 cm,
 - c) nowotwór brodawkowaty tarczycy (ICD-10 kod C73) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017),
 - d) nowotwór złośliwy prostaty (ICD-10 kod C61) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017) niewymagający częściowej lub całkowitej prostatektomii w leczeniu raka prostaty,
 - e) nowotwór złośliwy prostaty (ICD-10 kod C61) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017) wymagający częściowej lub całkowitej prostatektomii w leczeniu raka prostaty (nie wykryty przypadkowo w czasie prostatektomii).Diagnoza musi być poparta badaniem histopatologicznym.
 - 2.4. **Łagodny guz mózgu** – oznacza niezłośliwy, ale zagrażający życiu nowotwór mózgu. Warunkiem wypłacenia świadczenia jest spełnienie poniższych kryteriów:
 - a) rozpoznanie musi zostać potwierdzone w badaniu rezonansu magnetycznego (MRI), tomografii komputerowej (CT) lub podobnych technik obrazowania,
 - b) guz powoduje poważne i obiektywnie weryfikowalne konsekwencje, takie jak wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, wystąpienie po raz pierwszy napadów padaczkowych lub ograniczonej sprawności motorycznej lub sensorycznej,

- c) guz:
I. wymaga leczenia operacyjnego w celu jego całkowitego usunięcia lub
II. wymaga leczenia za pomocą chemioterapii albo radioterapii lub
III. osiągnął etap zaawansowania, na którym możliwa jest jedynie opieka paliatywna.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego łagodnego guza mózgu wyłączone są:
- a) cysty,
 - b) zwapnienia,
 - c) ziarniniaki,
 - d) malformacje tętnic lub żył w mózgu lub krwiaki.
- 2.5. **Zawał serca prowadzący do upośledzenia funkcji serca** – martwica mięśnia sercowego w ograniczonym obszarze wywołana nagłym zamknięciem światła tętnic wieńcowych, poparta łącznym występowaniem poniższych objawów:
- a) typowe podmiotowe objawy ostrego zawału serca,
 - b) świeże charakterystyczne zmiany elektrokardiogramu (EKG) sugerujące zawał serca,
 - c) przejściowy wzrost poziomu stężenia troponiny T lub I lub enzymów sercowych we krwi, w tym sercowa kinaza kreatynowa (CKMB), powyżej ogólnie przyjętych norm laboratoryjnych dla zawału serca,
 - d) potwierdzenie trwałego zmniejszenia frakcji wyrzutowej lewej komory serca poniżej 50% w następstwie przebytego zawału serca, mierzonego najwcześniej miesiąc po zdarzeniu.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego zawału serca prowadzącego do upośledzenia funkcji serca wyłączone są:
- a) wszelkie zdarzenia, które nie zostały potwierdzone jako zawał serca przez specjalistę kardiologa lub internistę,
 - b) zawał serca o nieokreślonym czasie wystąpienia lub zawał serca, który nie był pierwszym zawałem serca Ubezpieczonego,
 - c) podwyższenia stężenia biomarkerów sercowych we krwi bezpośrednio spowodowane przez wewnątrznaczyniowy zabieg kardiochirurgiczny, w tym między innymi koronarografię i angioplastykę wieńcową.
- 2.6. **Zawał serca nieprowadzący do upośledzenia funkcji serca** – martwica mięśnia sercowego w ograniczonym obszarze wywołana nagłym zamknięciem światła tętnic wieńcowych, poparta łącznym występowaniem następujących objawów:
- a) typowe podmiotowe objawy ostrego zawału serca,
 - b) świeże charakterystyczne zmiany elektrokardiogramu (EKG) sugerujące zawał serca,
 - c) przejściowy wzrost poziomu stężenia troponiny T lub I lub enzymów sercowych we krwi, w tym sercowa kinaza kreatynowa (CKMB), powyżej ogólnie przyjętych norm laboratoryjnych dla zawału serca.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego zawału serca nieprowadzącego do upośledzenia funkcji serca wyłączone są:
- a) wszelkie zdarzenia, które nie zostały potwierdzone jako zawał serca przez specjalistę kardiologa lub internistę,
 - b) zawał serca o nieokreślonym czasie wystąpienia,
 - c) podwyższenia stężenia biomarkerów sercowych we krwi bezpośrednio spowodowane przez wewnątrznaczyniowy zabieg kardiochirurgiczny, w tym między innymi koronarografię i angioplastykę wieńcową.
- 2.7. **Udar prowadzący do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej** – martwica tkanki mózgowej lub rdzenia kręgowego w ograniczonym obszarze spowodowana ostrym krwotokiem nieurazowym lub niedokrwieniem wewnątrzczaszkowym lub wewnątrzrdzeniowym, która prowadzi do poważnej, trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji neurologicznej. Diagnoza musi być poparta badaniem obrazowym, np. tomografią komputerową (CT) lub rezonansem magnetycznym (MRI), które potwierdza związek pomiędzy nową dysfunkcją neurologiczną a nową zmianą w tkance mózgowej lub rdzeniu kręgowym. Udar musi spowodować neurologiczną dysfunkcję prowadzącą do stałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
- a) wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU lub
 - b) komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy lub
 - c) osiągnięcia wyniku powyżej 15 punktów w skali badania stanu umysłowego (MMSE).
- Ocena trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji neurologicznej nie może zostać wykonana wcześniej niż trzy miesiące po wystąpieniu udaru.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego udaru prowadzącego do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej wyłączone są następujące schorzenia:
- a) przemijające niedokrwienie mózgu (TIA),
 - b) udar o nieokreślonym czasie wystąpienia,
 - c) udar wpływający jedynie na funkcje węchowe lub przedsiolkowe lub oka.
- 2.8. **Udar o lżejszym przebiegu lub udar nieprowadzący do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej** – martwica tkanki mózgowej lub rdzenia kręgowego w ograniczonym obszarze, spowodowana ostrym krwotokiem nieurazowym lub niedokrwieniem wewnątrzczaszkowym lub wewnątrzrdzeniowym, która prowadzi do poważnej, trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji neurologicznej. Diagnoza musi być poparta badaniem obrazowym, np. tomografią komputerową (CT) lub rezonansem magnetycznym (MRI), które potwierdza związek pomiędzy nową dysfunkcją neurologiczną i nowo dotkniętym obszarem w czaszce lub kręgosłupie.

Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego udaru o lżejszym przebiegu lub udaru nieprowadzącego do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej wyłączone są:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu (TIA),
- b) udar o nieokreślonym czasie wystąpienia,
- c) udar wpływający jedynie na funkcje węchowe lub przedsionkowe lub oka.

2.9. **Zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) za pomocą torakotomii** – oznacza zabieg pomostowania tętnic wieńcowych za pomocą torakotomii w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej.

2.10. **Małoinwazyjny zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass)** – oznacza zabieg pomostowania tętnic wieńcowych w celu korekty zdiagnozowanego zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, inny niż za pomocą torakotomii.

2.11. **Operacja zastawki serca za pomocą torakotomii** – operacja na otwartym sercu za pomocą torakotomii w celu wymiany lub naprawy co najmniej jednej zastawki serca w wyniku wad lub nieprawidłowości zastawki serca.

2.12. **Małoinwazyjna operacja zastawki serca** – zabieg przeznaczeniowej wymiany co najmniej jednej zastawki serca w wyniku wad lub nieprawidłowości zastawki serca.

2.13. **Zaawansowany zespół otępienny (w tym choroba Alzheimera)** – oznacza znaczące pogorszenie zdolności poznawczych u Ubezpieczonego w wyniku choroby otępiennej, takiej jak np. choroba Alzheimera.

Warunkiem wypłacenia świadczenia jest łączne spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- a) w wyniku choroby Ubezpieczony w sposób trwały i nieodwracalny nie może:
 - I) wykonywać co najmniej trzech z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU lub
 - II) uzyskać ponad 9 punktów w skali badania stanu umysłowego (MMSE) lub równoważnego wyniku w innym badaniu, które jest uznane za mierzące poziom ograniczenia funkcji poznawczych lub
 - III) samodzielnie egzystować bez ryzyka spowodowania swoim działaniem lub niepodjęciem odpowiednich środków zaradczych szkody na własnej osobie lub osobach trzecich. Takie sytuacje obejmują m.in. oddalenie się ze stałego miejsca pobytu, agresję fizyczną, zaniedbanie higieny;
- b) wypłata świadczenia może nastąpić na podstawie udokumentowanego rozpoznania choroby otępiennej, w tym za pomocą technik obowiązujących w czasie diagnozy i standardowych skali pomiaru funkcji poznawczych;
- c) diagnozy musi dokonać specjalista neurolog.

Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego zaawansowanego zespołu otępiennego (w tym choroby Alzheimera) wyłączone jest otępienie, które jest wtórne wobec: urazów mózgu, zaburzeń lub chorób psychicznych oraz nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających albo psychoaktywnych.

2.14. **Operacja aorty za pomocą torakotomii lub laparotomii** – oznacza operację za pomocą torakotomii lub laparotomii w celu korekty lub częściowej wymiany aorty z powodu tętniaka aorty, koarktacji aorty lub urazowego pęknięcia aorty. Dla celów niniejszej definicji aorta oznacza aortę piersiową i brzuszną, ale nie ich gałęzie.

2.15. **Anemia aplastyczna** – oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego Ubezpieczonego prowadzącą do anemii, neutropenii i małopłytkowości.

Warunkiem wypłacenia świadczenia jest spełnienie obu poniższych kryteriów:

- a) diagnoza musi być poparta wynikami punkcji lub biopsji szpiku kostnego,
- b) badanie krwi obwodowej musi spełniać co najmniej dwa z następujących trzech kryteriów:
 - I. liczba neutrofilów jest niższa niż 1×10^9 /litr,
 - II. liczba retikulocytów jest niższa niż 1% erytrocytów,
 - III. liczba płytek krwi jest niższa niż 50×10^9 /litr.

Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego anemii aplastycznej wyłączona jest anemia aplastyczna będąca następstwem terapii (np. terapia niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi (NSAR), terapia złotem, radioterapia, chemioterapia).

2.16. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – oznacza zapalenie opon okrywających mózg lub rdzeń kręgowy Ubezpieczonego spowodowane przez bakterie.

Choroba musi prowadzić do dysfunkcji neurologicznej powodującej trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do:

- a) wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU lub
- b) komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy lub
- c) osiągnięcia wyniku powyżej 15 punktów w skali badania stanu umysłowego (MMSE).

Diagnoza dysfunkcji neurologicznej musi zostać potwierdzona przez lekarza.

Ocena dysfunkcji neurologicznej nie może zostać wykonana wcześniej niż trzy miesiące po wystąpieniu infekcji.

2.17. **Przeszczep szpiku kostnego** – oznacza poddanie się przez Ubezpieczonego jako biorcy przeszczepowi krwiotwórczych komórek macierzystych.

Przeszczep musi zostać wykonany na zlecenie specjalisty hematologa w celu leczenia choroby, dla której nie istnieją inne sposoby leczenia.

- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego przeszczepu szpiku kostnego wyłączona jest transplantacja autologiczna, czyli przeszczep, w którym dawcą jest Ubezpieczony.
- 2.18. **Kardiomiopatia** – oznacza jedynie pierwotne choroby serca Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie obu poniższych kryteriów:
- trwałe i nieodwracalne przypisanie do klasy III lub wyższej klasyfikacji NYHA (New York Heart Association, 2017),
 - potwierdzenie za pomocą echokardiografii lub scyntygrafii, że frakcja wyrzutowa lewej komory serca utrzymywała się poniżej 40% przez okres co najmniej trzech miesięcy.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego kardiomiopatii wyłączone są wtórne uszkodzenia serca spowodowane: nadciśnieniem, chorobą wieńcową, wadami zastawki serca lub działaniem substancji toksycznych.
- 2.19. **Przewlekła niewydolność nerek** – oznacza trwałą i nieodwracalną utratę funkcji obu nerek Ubezpieczonego, która stanowi wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę nefrologa.
- 2.20. **Przewlekła niewydolność wątroby** – oznacza trwałą i nieodwracalną utratę funkcji wątroby Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie łącznie następujących kryteriów:
- wystąpienie wodobrzusza,
 - stężenie albuminy w surowicy jest niższe lub równe 3,5 g/dl (35 g/litr),
 - INR (międzynarodowy wskaźnik znormalizowany) jest wyższy niż 2,2.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego przewlekłej niewydolności wątroby wyłączona jest wtórna choroba wątroby spowodowana nadużywaniem: narkotyków, alkoholu, substancji wpływających na pracę ośrodkowego układu nerwowego oraz leków.
- 2.21. **Przewlekła niewydolność oddechowa** – trwałą i nieodwracalną utratą funkcji płuc Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie poniższych kryteriów przez okres co najmniej trzech miesięcy:
- Ubezpieczony jest poddawany tlenoterapii przez co najmniej 15 godzin dziennie,
 - ciśnienie cząstkowe tlenu u Ubezpieczonego jest niższe niż 55 mmHg/7,33 kPa,
 - diagnoza musi zostać potwierdzona przez specjalistę pulmonologa.
- 2.22. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – oznacza chorobę układową Ubezpieczonego, która dotyczy głównie przewodu żołądkowo-jelitowego, powodując powracające i uporczywe biegunki, często z krwią i śluzem.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie łącznie następujących kryteriów:
- choroba spowodowała powstanie przetok jelitowych,
 - choroba spowodowała: niedrożność jelita cienkiego, perforację jelit, powstanie sztucznego ujścia jelitowego lub amyloidozę wtórną,
 - diagnoza musi być poparta badaniem histopatologicznym.
- 2.23. **Śpiączka** – oznacza stan utraty przytomności Ubezpieczonego z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby wewnętrzne, utrzymujący się w sposób ciągły przez co najmniej 96 godzin, wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia.
Wskazanie medyczne do wprowadzenia Ubezpieczonego w stan śpiączki farmakologicznej lub do wywołania śpiączki farmakologicznej musi zostać potwierdzone przez lekarza.
Świadczenie zostanie także wypłacone, jeżeli śpiączka bez stosowania systemów podtrzymywania życia trwała co najmniej dwa miesiące.
- 2.24. **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – oznacza pasażowalną encefalopatię gąbczastą z objawami: zaburzenia czynności mózgu, zaawansowanej postępującej demencji, niekontrolowanych skurczów mięśni, drżenia i atetozu Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie obu poniższych kryteriów:
- diagnoza została potwierdzona przez specjalistę neurologa,
 - diagnoza może zostać zweryfikowana w przypadku wątpliwości przez lekarza specjalistę wyznaczonego przez Ubezpieczyciela.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego choroby Creutzfeldta-Jakoba wyłączona jest encefalopatia gąbczasta innego typu niż choroba Creutzfeldta-Jakoba.
- 2.25. **Zapalenie mózgu** – oznacza ostre zapalenie mózgu Ubezpieczonego pochodzenia bakteryjnego lub wirusowego.
Choroba musi spowodować dysfunkcję neurologiczną prowadzącą do trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
- wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU lub
 - komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy lub
 - osiągnięcia wyniku powyżej 15 punktów w skali badania stanu umysłowego (MMSE).
- Diagnoza dysfunkcji neurologicznej musi zostać potwierdzona przez lekarza.
Ocena dysfunkcji neurologicznej nie może zostać wykonana wcześniej niż trzy miesiące po wystąpieniu infekcji.
- 2.26. **Uszkodzenie mózgu o określonym stopniu zaawansowania** – oznacza obumarcie tkanki mózgowej Ubezpieczonego z powodu urazu.
Uraz musi spowodować dysfunkcję neurologiczną prowadzącą do trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do wykonania przynajmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU.

Diagnoza musi być poparta wynikami badań neuroobrazowych, np. tomografią komputerową (CT), rezonansem magnetycznym (MRI).

Ocena dysfunkcji neurologicznej nie może zostać wykonana wcześniej niż trzy miesiące po wystąpieniu urazu.

- 2.27. **Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji** – oznacza, że Ubezpieczony został zakażony ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) z powodu transfuzji krwi.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie obu poniższych kryteriów:

- placówka medyczna, w której doszło do zakażenia, uznała swoją odpowiedzialność lub istnieje prawomocny wyrok sądu potwierdzający taką odpowiedzialność,
- Ubezpieczyciel musi mieć dostęp do wszystkich próbek krwi w celu uzyskania możliwości przeprowadzenia ich niezależnego badania.

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeśli u Ubezpieczonego zdiagnozowano hemofilię.

- 2.28. **Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – oznacza zakażenie Ubezpieczonego wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) w przypadku, gdy do zakażenia doszło w wyniku:

- urazu w czasie wykonywania codziennych obowiązków zawodowych lub
- kontaktu z zainfekowaną krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania codziennych obowiązków zawodowych.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- serokonwersja wystąpiła w ciągu sześciu miesięcy od dnia zdarzenia,
- Ubezpieczony musi dostarczyć ujemny wynik testu na obecność wirusa HIV lub przeciwciał HIV, który został wykonany w ciągu 5 dni od dnia zdarzenia,
- występowanie wirusa HIV lub przeciwciał HIV musi zostać udowodnione w ciągu dwunastu miesięcy od zakażenia,
- infekcja wystąpiła w czasie, gdy Ubezpieczony wykonywał obowiązki służbowe w swoim zawodzie, wskazanym na poniższej liście.

Lista ogranicza się do następujących zawodów:

- lekarze,
- pielęgniarki,
- personel medycznej diagnostyki laboratoryjnej,
- personel pomocniczy szpitala,
- asystent stomatologiczny lub medyczny,
- ratownicy medyczni,
- położne,
- funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej,
- funkcjonariusze Policji,
- funkcjonariusze Służby Więziennej.

- 2.29. **Idiopatyczne nadciśnienie płucne z niewydolnością oddechową przy małym wysiłku** – oznacza patologiczny wzrost ciśnienia w krążeniu płucnym u Ubezpieczonego z powodu zaburzeń strukturalnych, funkcjonalnych lub krążeniowych płuc, który prowadzi do powiększenia prawej komory.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest łączne spełnienie obu poniższych kryteriów:

- trwałe i nieodwracalne przypisanie do klasy III lub wyższej klasyfikacji NYHA (New York Heart Association, 2017) oraz
- średnie ciśnienie płucne musi być wyższe niż 30 mm Hg przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Na dowód istnienia tego kryterium cewnikowanie wewnątrzsercowe musi zostać przeprowadzone na początku i końcu tego okresu sześciu miesięcy.

Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego idiopatycznego nadciśnienia płucnego z niewydolnością oddechową przy małym wysiłku wyłączone jest nadciśnienie płucne spowodowane innymi przyczynami niż wskazane powyżej.

- 2.30. **Utrata słuchu** – oznacza trwałą i nieodwracalną utratę słuchu u Ubezpieczonego dla wszystkich bodźców akustycznych do 80 decybeli na wszystkich częstotliwościach w wyniku wypadku lub choroby.

Niniejsza diagnoza musi zostać potwierdzona przez specjalistę audiologa lub laryngologa.

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną urządzenie, implant, leczenie lub inna forma pomocy może poprawić słuch w taki sposób, że bodźce akustyczne do 80 decybeli będą słyszalne.

- 2.31. **Utrata mowy** – oznacza trwałą i nieodwracalną utratę mowy u Ubezpieczonego w wyniku wypadku lub choroby.

Warunkiem wypłaty świadczenia jest niezdolność Ubezpieczonego do komunikowania się z otoczeniem za pomocą mowy.

Ocena utraty funkcji mowy nie może zostać wykonana wcześniej niż trzy miesiące od daty jej rozpoznania potwierdzonej w dokumentacji medycznej.

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną urządzenie, implant, leczenie lub inna forma pomocy może przyczynić się do częściowego lub całkowitego przywrócenia mowy.

Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego utraty mowy wyłączone są wszelkie zaburzenia mowy wynikające z zaburzeń i chorób psychicznych.

- 2.32. **Nefropatia toczniowa** – oznacza zapalenie nerek Ubezpieczonego, które jest spowodowane toczniem rumieniowatym układowym.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest łączne spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- choroba spełnia co najmniej klasę III klasyfikacji ISN/RPS (International Society of Nephrology/Renal Pathology Society, 2017),
 - szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (eGFR) jest niższy niż 60 ml/min,
 - diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę nefrologa.
- 2.33. **Borelioza** – oznacza zakaźną, bakteryjną chorobę zapalną Ubezpieczonego przenoszoną przez kleszcze z objawami skórными oraz neurologicznymi, jak również problemami kardiologicznymi i stawowymi.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- potwierdzona historia ukąszenia przez kleszcza,
 - dowody niedawnej infekcji wymagającej hospitalizacji i istnienie określonych przeciwciał (IgM i IgG) przeciwko bakterii *Borrelia burgdorferi*,
 - choroba musi prowadzić do dysfunkcji neurologicznej powodującej trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU.
- Diagnoza boreliozy musi zostać potwierdzona przez lekarza.
- 2.34. **Choroba neuronu ruchowego** – oznacza grupę chorób charakteryzujących się postępującą degeneracją neuronów ruchowych u Ubezpieczonego. Grupa chorób obejmuje: rdzeniowy zanik mięśni, postępujące porażenie opuszkowe, stwardnienie zanikowe boczne, zespół rzekomoopuszkowy oraz stwardnienie boczne pierwotne.
Dowolna ze wspomnianych chorób musi prowadzić do dysfunkcji neurologicznej powodującej trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU.
- 2.35. **Stwardnienie rozsiane** – oznacza przewlekłą chorobę zapalną centralnego układu nerwowego Ubezpieczonego, w której występuje przynajmniej jeden obszar demielinizacji w mózgu lub w rdzeniu kręgowym wykazany w badaniu neuroobrazowym, jak tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI), lub odpowiednich technikach obrazowania.
Stwardnienie rozsiane musi prowadzić do trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji neurologicznej, która odpowiada wartości co najmniej pięciu na rozszerzonej skali niepełnosprawności ruchowej EDSS (Expanded Disability Status Scale, 2017).
Diagnoza stwardnienia rozsianego musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa.
- 2.36. **Umiarkowane stwardnienie rozsiane o łagodniejszej postaci** – oznacza przewlekłą chorobę zapalną centralnego układu nerwowego Ubezpieczonego, w której występuje przynajmniej jeden obszar demielinizacji w mózgu lub w rdzeniu kręgowym wykazany w badaniu neuroobrazowym, jak tomografia komputerowa (CT), rezonans magnetyczny (MRI), lub odpowiednich technikach obrazowania. Stwardnienie rozsiane musi prowadzić do trwałej i nieodwracalnej dysfunkcji neurologicznej, która odpowiada wartości co najmniej trzech na rozszerzonej skali niewydolności ruchowej EDSS (Expanded Disability Status Scale, 2017).
Diagnoza stwardnienia rozsianego musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa.
- 2.37. **Przeszczep organów** – oznacza poddanie się przez Ubezpieczonego jako biorcy przeszczepowi nerki, serca, płuca, trzustki lub co najmniej jednego pełnego płata wątroby.
Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego przeszczepu organów wyłączona jest transplantacja autologiczna i transplantacja innych organów niż wymienione w zdaniu pierwszym, części organów (z wyłączeniem płata wątroby), tkanek lub komórek.
- 2.38. **Paraliż dwóch kończyn** – oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mięśni w co najmniej dwóch kończynach w wyniku wypadku lub choroby Ubezpieczonego.
- 2.39. **Choroba Parkinsona** – oznacza powoli postępującą chorobę zwyrodnieniową centralnego układu nerwowego wraz ze zwyrodnieniem neuronów w obszarze mózgu, które powoduje obniżenie poziomu dopaminy w częściach mózgu Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- choroba przejawia oznaki progresji,
 - choroba musi prowadzić do dysfunkcji neurologicznej powodującej trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU,
 - konkretna diagnoza idiopatycznej choroby Parkinsona musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa.
- Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego choroby Parkinsona wyłączone są przypadki zespołu parkinsonowskiego powstałego w następstwie innych chorób niż choroba Parkinsona, urazów lub będącego następstwem działania leków.
- 2.40. **Częściowa utrata kończyn** – oznacza całkowite fizyczne odcięcie wszystkich palców obu rąk, obu przodostopii lub wszystkich palców u jednej ręki i jednego przodostopia u Ubezpieczonego.

- 2.41. **Choroba Heinego-Medina** – oznacza infekcję wirusem polio prowadzącą do paraliżu mięśni kończyn lub oddechowych u Ubezpieczonego. Paraliż, o którym mowa powyżej, musi występować przez co najmniej trzy miesiące. Diagnoza choroby Heinego-Medina musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę chorób zakaźnych.
- 2.42. **Postępująca twardzina układowa** – oznacza układową chorobę tkanki łącznej powodującą postępujące rozsiane zwłóknienie skóry, naczyń krwionośnych oraz organów wewnętrznych Ubezpieczonego.
Diagnoza musi zostać jednoznacznie potwierdzona przez biopsję i badania serologiczne oraz choroba musi osiągnąć poziom układowy obejmujący serce, płuca lub nerki.
Z zakresu ubezpieczenia dotyczącego postępującej twardziny układowej wyłączone są następujące schorzenia:
- twardzina ograniczona (twardzina linijna lub miejscowa),
 - eozynofilowe zapalenie powięzi,
 - zespół CREST.
- 2.43. **Postępujące porażenie nadjądrowe** – oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową układu nerwowego Ubezpieczonego obejmującą funkcje poznawcze i motoryczne.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest jednoczesne występowanie co najmniej dwóch z poniższych objawów, które trwają nieustannie przez co najmniej trzy miesiące, oraz objawy te muszą być nieuleczalne przy obecnym stanie wiedzy medycznej:
- pionowa oftalmoplegia nadjądrowa,
 - niestabilność postawy,
 - akinezja,
 - drżenie,
 - nieprawidłowe ułożenie szyi lub głowy,
 - zaburzenia mowy,
 - zaburzenia połykania.
- Diagnoza musi zostać potwierdzona przez specjalistę neurologa za pomocą badania: tomografii komputerowej (CT), rezonansu magnetycznego (MRI), płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) lub elektroencefalografii (EEG).
- 2.44. **Reumatoidalne zapalenie stawów** – oznacza przewlekłą zapalną chorobę układową, która dotyka stawów Ubezpieczonego.
Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- choroba musi prowadzić do dysfunkcji powodującej trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego (ADL) zgodnie z opisem zamieszczonym w § 1 pkt 3 OWDU,
 - Ubezpieczony otrzymywał optymalne leczenie za pomocą leków modyfikujących przebieg choroby (w tym leki biologiczne) przez okres co najmniej trzech miesięcy,
 - diagnoza musi zostać potwierdzona przez specjalistę reumatologa.
- 2.45. **Poważne oparzenia** – oznacza uszkodzenie tkanki Ubezpieczonego za pomocą środków termicznych, chemicznych lub elektrycznych prowadzące do:
- oparzeń III stopnia lub pełnej grubości tkanki na ponad 15% powierzchni ciała mierzonej według reguły dziewiątek lub tablicy Lunda-Browdera (2017) lub
 - oparzeń III stopnia lub pełnej grubości tkanki na ponad 50% powierzchni głowy.
- W przypadku spełnienia obu warunków wskazanych powyżej w punktach a) i b) zostanie wypłacone tylko jedno Świadczenie Ubezpieczeniowe.
2. 46. **Poważne oparzenia** – łagodniejsza postać – oznacza uszkodzenie tkanki Ubezpieczonego za pomocą środków termicznych, chemicznych lub elektrycznych prowadzące do:
- oparzeń III stopnia lub pełnej grubości tkanki na ponad 5% powierzchni ciała mierzonej według reguły dziewiątek lub tablicy Lunda-Browdera (2017) lub
 - oparzeń III stopnia lub pełnej grubości tkanki na ponad 25% powierzchni głowy.
- W przypadku spełnienia obu warunków wskazanych powyżej w punktach a) i b) zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe.
- 2.47. **Ciężkie zaburzenia widzenia** – oznacza potwierdzone klinicznie trwałe i nieodwracalne upośledzenie widzenia w obu oczach Ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku.
Skorygowana ostrość widzenia (visus) oka zdrowszego musi być niższa niż 0,1 lub musi występować ograniczenie pola widzenia do poniżej 20° w każdym oku.
Diagnoza musi zostać potwierdzona przez lekarza okulistę.
Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną urządzenie, implant, leczenie lub inna forma pomocy może przyczynić się do częściowego lub całkowitego przywrócenia wzroku.
- 3) **Czynności życia codziennego (ADL):**
- Poruszanie się**
Zdolność poruszania się wewnątrz budynku, pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji w miejscu zamieszkania, w razie konieczności z pomocą odpowiednich urządzeń, jak chodzik, laska itp.

- b) **Kąpiel**
Zdolność mycia się w dowolny sposób, wykonywania zabiegów toaletowych umożliwiających utrzymanie higieny osobistej, w razie konieczności z pomocą odpowiednich urządzeń, np. z wykorzystaniem uchwytów czy podnośników kąpielowych.
 - c) **Ubieranie się**
Zdolność zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania wszystkich niezbędnych ubrań oraz, w stosownych przypadkach, szyn, sztucznych kończyn lub innych przyrządów medycznych (protetycznych), które są medycznie konieczne.
 - d) **Spożywanie posiłków**
Zdolność do samodzielnego spożywania przyrządzonych i podanych posiłków, w razie konieczności z pomocą odpowiednich urządzeń.
 - e) **Przemieszczanie się**
Zdolność przemieszczania się z i do łóżka, krzesła lub wózka inwalidzkiego.
 - f) **Kontrolowanie zwieraczy**
Zdolność kontrolowania funkcji jelit i pęcherza, przy wykorzystaniu bielizny ochronnej lub przyrządów medycznych w stosownych przypadkach, w celu utrzymania odpowiedniego poziomu higieny osobistej albo, w przypadku niezdolności kontrolowania funkcji jelit lub pęcherza, zdolność do wykonywania powiązanych czynności higieny osobistej (w tym obsługa cewnika lub worka do kolostomii).
- 4) **Katalog Poważnych Zachorowań** – katalog określający Poważne Zachorowania objęte Ochroną Ubezpieczeniową oraz ich kwalifikację do poszczególnych Wariantów Ubezpieczenia oraz Grup Poważnych Zachorowań. Katalog Poważnych Zachorowań określa także sposób obliczenia Świadczenia Ubezpieczeniowego dla każdego z Poważnych Zachorowań w oparciu o wskazany tam procent Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej. Katalog Poważnych Zachorowań stanowi Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego.
 - 5) **Grupa Poważnych Zachorowań** – grupa OnkoWsparcie, grupa Kardiowsparcie oraz grupa Wsparcie 360°, określone w Katalogu Poważnych Zachorowań.
 - 6) **Suma Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej** – kwota w złotych potwierdzana w Polisie albo aneksie do Polisy będąca podstawą obliczenia wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego wypłacanego w razie wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego.
 - 7) **Świadczenie Ubezpieczeniowe** – kwota w złotych wypłacana przez nas, na zasadach określonych w OWDU, w razie wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego. Suma wszystkich wypłacanych w trakcie trwania Umowy Dodatkowej Świadczeń Ubezpieczeniowych wynosi maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że w kwotę tę nie wlicza się Świadczenia Opiekuńczego, o którym mowa w § 10 ust. 5 OWDU.
 - 8) **Świadczenie Opiekuńcze** – dodatkowe świadczenie, należne w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, którego stawka procentowa została określona w Katalogu Poważnych Zachorowań na poziomie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej i wypłacenia z tego tytułu Świadczenia Ubezpieczeniowego, wypłacane na zasadach określonych w OWDU.
 - 9) **Wariant** – wybrany przez Ciebie wariant Ochrony Ubezpieczeniowej, od którego uzależniony jest zakres Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Dodatkowej: Wariant Onkologiczny, Wariant Onkologiczno-Kardiologiczny, Wariant Rozszerzony. Zakres poszczególnych Wariantów został określony w Katalogu Poważnych Zachorowań.
 - 10) **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz które nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej.
 - 11) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – nasza gotowość do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w razie wystąpienia, w okresie udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego określonego w Katalogu Poważnych Zachorowań i zdefiniowanego w § 1 pkt 2 OWDU.
 - 12) **Składka z tytułu Umowy Dodatkowej** – kwota w złotych, do zapłaty której jesteś zobowiązany w wykonaniu Umowy Dodatkowej, której wysokość oraz terminy opłacania znajdziesz w Polisie albo aneksie do Polisy.
 - 13) **Składka z tytułu Umowy Podstawowej** – kwota w złotych, do zapłaty której jesteś zobowiązany w wykonaniu Umowy Podstawowej, potwierdzona w Polisie albo aneksie do Polisy.
 - 14) **Ubezpieczający, Ty** – osoba, która zawarła z nami Umowę Podstawową albo osoba, na rzecz której dokonano cesji praw i obowiązków Ubezpieczającego z tytułu Umowy Podstawowej.
 - 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, uprawniona do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego lub Świadczenia Opiekuńczego.
 - 16) **Ubezpieczyciel, Towarzystwo, my** – Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 5, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000012318; NIP 5272279881, kapitał zakładowy: 347 467 550 zł – całkowicie opłacony.
 - 17) **Umowa Dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana między Tobą a nami na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (OWDU).

- 18) **Umowa Podstawowa** – umowa ubezpieczenia zawierana między Tobą a nami na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU).
- 19) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Dodatkowej.

§ 2. Co podlega Ochronie Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej?

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest ochrona zdrowia Ubezpieczonego.
2. Ochroną Ubezpieczeniową obejmujemy ryzyko wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego. Za datę zdiagnozowania Poważnego Zachorowania uznaje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej jego rozpoznanie. W przypadku Nowotworów złośliwych, Nowotworów o niższym stopniu zaawansowania, Raka in situ zdiagnozowanie Poważnego Zachorowania wyznacza data wyniku badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, z wyjątkiem Łagodnego guza mózgu, kiedy za datę rozpoznania uznaje się datę wskazaną w dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie. W przypadku leczenia operacyjnego wystąpienie Poważnego Zachorowania wyznacza data przeprowadzenia takiego zabiegu operacyjnego.
3. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej jest uzależniony od wybranego przez Ciebie Wariantu – Wariantu Onkologicznego, Wariantu Onkologiczno-Kardiologicznego, Wariantu Rozszerzonego.

§ 3. Jakie są wymagania Umowy Dodatkowej w zakresie wieku Ubezpieczonego?

Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 61. roku życia.

ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 4. Jak wygląda proces zawierania Umowy Dodatkowej?

1. Chcąc zawrzeć z nami Umowę Dodatkową, złóż prawidłowo wypełniony wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej wraz z Ankiętą zdrowia na przygotowanych przez nas formularzach. Wniosek o zawarcie umowy i Polisa są częścią Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta przez Ciebie na rzecz osoby trzeciej (Ty jesteś Ubezpieczającym, ale nie jesteś Ubezpieczonym), wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej wypełnia i podpisuje również Ubezpieczony w zakresie wskazanym we wniosku.
3. Przed zawarciem Umowy Dodatkowej otrzymujesz od nas tekst Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta przez Ciebie na rzecz osoby trzeciej (Ty jesteś Ubezpieczającym, ale nie jesteś Ubezpieczonym), tekst Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia otrzymuje również Ubezpieczony. Prosimy o zapoznanie się z tym dokumentem, ponieważ reguluje zasady wykonywania Umowy Dodatkowej.
4. Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zaakceptowanie przez nas Twojego wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej oraz opłacenie Składki w określonej przez Towarzystwo wysokości.
5. Przed udzieleniem Ochrony Ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy prosić o dodatkowe dokumenty lub informacje, a także o poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania odbywają się na nasz koszt we wskazanej przez nas placówce. Wyniki badań udostępnimy Ubezpieczonemu na jego wniosek.
6. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy:
 - 1) zaakceptować ryzyko i zawrzeć z Tobą Umowę Dodatkową na warunkach zgodnych z Wnioskiem,
 - 2) nie zaakceptować ryzyka ubezpieczeniowego i odmówić zawarcia z Tobą Umowy Dodatkowej albo
 - 3) zaproponować Ci zawarcie Umowy Dodatkowej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku lub w OWU.
7. W razie podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego możemy zaproponować Ci podwyższenie Składki z tytułu Umowy Dodatkowej albo obniżenie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
8. Jeżeli Umowę Dodatkową zawierasz na rzecz osoby trzeciej (Ty jesteś Ubezpieczającym, ale nie jesteś Ubezpieczonym) i po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego chcemy zaproponować obniżenie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub dodatkowe ograniczenie naszej odpowiedzialności, na przykład wyłączające odpowiedzialność z tytułu konkretnego schorzenia, grupy schorzeń narządu lub układu, przed zawarciem Umowy Dodatkowej:
 - 1) doręczymy Ubezpieczonemu zaproponowane warunki Umowy Dodatkowej,
 - 2) poprosimy Ubezpieczonego o pisemne wyrażenie zgody na udzielenie Ochrony Ubezpieczeniowej na nowo zaproponowanych warunkach. Wyrażenie przez Ubezpieczonego zgody na nowo zaproponowane warunki Umowy Dodatkowej jest warunkiem niezbędnym do zawarcia Umowy Dodatkowej.

Dowiedz się więcej

- A) Jeżeli treść Polisy lub aneksu do Polisy odbiega – na Twoją niekorzyść – od treści złożonego wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, wraz z Polisą lub aneksem do Polisy doręczymy Ci list, w którym wskażemy te zmiany. Od dnia otrzymania tego listu masz 7 dni na zgłoszenie nam sprzeciwu wobec treści Polisy lub aneksu do Polisy. W takiej sytuacji:
- 1) jeżeli nie zgłosisz sprzeciwu wobec treści wystawionej przez nas Polisy lub aneksu do Polisy, Umowa Dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy lub aneksu do Polisy następnego dnia po upływie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu;
 - 2) jeżeli zgłosisz sprzeciw wobec treści wystawionej przez nas Polisy lub aneksu do Polisy, Umowę Dodatkową uznajemy za niezawartą, a kwotę zapłaconą na poczet Składki z tytułu Umowy Dodatkowej zwrócimy wpłacającemu w terminie 15 dni od dnia złożenia przez Ciebie sprzeciwu.
- B) Jeżeli nie wypełnimy obowiązku przedstawienia na piśmie niekorzystnych zmian, wówczas zmiany te nie są skuteczne, a Umowa Dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią złożonego wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
9. Jeśli nie zapłacisz Składki z tytułu Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni, rozpoczynającym się od dnia wpłynięcia do nas wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, możemy odmówić zawarcia Umowy Dodatkowej. W takiej sytuacji każdą kwotę zapłaconą na poczet Składki z tytułu Umowy Dodatkowej po tym terminie zwrócimy wpłacającemu w terminie 15 dni od dnia dokonania wpłaty.
10. Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzimy:
- 1) Polisą – w razie zawarcia Umowy Dodatkowej jednocześnie z Umową Podstawową,
 - 2) aneksem do Polisy – w razie zawarcia Umowy Dodatkowej w Dacie Miesięcznicy albo w Rocznicę Polisy.
11. Jeżeli treść Umowy Dodatkowej zawiera postanowienia, które odbiegają od treści Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wówczas przed zawarciem Umowy Dodatkowej pisemnie przedstawimy Ci różnice.
12. Treść Polisy lub aneksu do Polisy może zawierać dodatkowe ograniczenie naszej odpowiedzialności, np. dotyczące konkretnego, rozpoznanego u Ubezpieczonego schorzenia lub grupy schorzeń. Powiadomimy Cię pisemnie o tym przy doręczeniu Polisy lub aneksu do Polisy.
13. Jeżeli Umowa Dodatkowa została zawarta przez Ciebie na rzecz osoby trzeciej (Ty jesteś Ubezpieczającym, ale nie jesteś Ubezpieczonym), wówczas:
- 1) masz obowiązek poinformować Ubezpieczonego na piśmie o:
 - a) zmianie warunków Umowy Dodatkowej lub prawa, które ma do niej zastosowanie – przed wyrażeniem przez Ciebie zgody na tę zmianę;
 - b) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy Dodatkowej – niezwłocznie po przekazaniu Ci tej informacji przez nas;
 - 2) informacje, o których mowa powyżej, udostępniemy Ubezpieczonemu na jego żądanie.

§ 5. Na jak długo mogę zawrzeć Umowę Dodatkową?

1. Umowę Dodatkową zawierasz z nami na czas oznaczony – 5 lat, jednocześnie z Umową Podstawową albo w Rocznicę Polisy.
2. Umowę Dodatkową możesz zawrzeć z nami w dowolną Datę Miesięcznicy. W takiej sytuacji Umowa Dodatkowa zostanie zawarta na czas oznaczony – do najbliższej 5. Rocznicy Polisy liczonej od daty zawarcia Umowy Dodatkowej, jednak na czas nie krótszy niż 4 lata i jeden miesiąc.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

§ 6. Czy mogę odstąpić od Umowy Dodatkowej po jej zawarciu?

1. Po zawarciu Umowy Dodatkowej możesz od niej odstąpić.
2. Aby odstąpić od Umowy Dodatkowej, złóż nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie:
 - 1) 60 dni od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej,
 - 2) 14 dni od dnia zawarcia Umowy Dodatkowej – jeżeli jesteś przedsiębiorcą.
3. Oświadczenie powinno zawierać dane niezbędne do Twojej identyfikacji oraz numer Twojej Polisy.
4. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Dodatkowej nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od Umowy Dodatkowej, termin na złożenie oświadczenia o odstąpieniu biegnie od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie. Jednak gdy jesteś przedsiębiorcą, wyżej określone uprawnienie Ci nie przysługuje.
5. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie zwalnia Cię od obowiązku zapłacenia Składki z tytułu Umowy Dodatkowej za okres, w którym udzielaliśmy Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej.
6. W terminie 15 dni od złożenia przez Ciebie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Dodatkowej zwrócimy wpłacającemu Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej za okres, w którym nie udzielaliśmy Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej.

7. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie skutkuje odstąpieniem od Umowy Podstawowej, natomiast odstąpienie od Umowy Podstawowej skutkuje także odstąpieniem od Umowy Dodatkowej.

ODNOWIENIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 7. W jakich sytuacjach dojdzie do odnowienia Umowy Dodatkowej?

1. Towarzystwo może zaproponować odnowienie Umowy Dodatkowej na kolejny 5-letni okres. W takiej sytuacji propozycja odnowienia Umowy Dodatkowej, zawierająca nową wysokość Składki, zostanie przesłana na co najmniej 30 dni przed wygaśnięciem Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku opłacenia Składki w wysokości wskazanej w propozycji odnowienia Umowy Dodatkowej oraz przed terminem wygaśnięcia Umowy Dodatkowej, Umowa Dodatkowa zostanie odnowiona na kolejny 5-letni okres.
3. Okres, na jaki jest po raz ostatni odnawiana Umowa Dodatkowa, kończy się w najbliższą Rocznicę Polisy następującą po 65. urodzinach Ubezpieczonego, chyba że Rocznicą Polisy przypada w dacie 65. urodzin Ubezpieczonego – wówczas okres, na jaki jest po raz ostatni odnawiana Umowa Dodatkowa, kończy się w tę Rocznicę Polisy.
4. Odnowienie Umowy Dodatkowej potwierdzimy aneksem do Polisy.

§ 8. Co i w jaki sposób można zmienić w odnawianej Umowie Dodatkowej?

1. W odnawianej Umowie Dodatkowej, pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu Składek z tytułu Umowy Dodatkowej w aktualnie wykonywanej Umowie Dodatkowej, możesz:
 - 1) podwyższyć albo obniżyć Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - 2) zmienić Wariant Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Aby dokonać zmiany, musisz złożyć do nas pisemny wniosek o dokonanie zmian Umowy Dodatkowej wraz z Ankieta Zdrowia, obejmujący również zgodę Ubezpieczonego na zmiany Umowy Dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed dniem odnowienia Umowy Dodatkowej. Dokonanie zmiany potwierdzimy aneksem do Polisy.
3. Jeżeli złożysz wniosek o podwyższenie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub zmianę Wariantu Ochrony Ubezpieczeniowej z Wariantu Onkologicznego na Wariant zapewniający szerszą Ochronę Ubezpieczeniową, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy Cię poprosić o dodatkowe dokumenty oraz informacje lub prosić o poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Uzależnimy wówczas podwyższenie Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub zmianę wariantu Ochrony Ubezpieczeniowej od wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Badania odbywają się na nasz koszt we wskazanej przez nas placówce. Wyniki badań udostępniemy Ubezpieczonemu na jego wniosek.
4. W okresie 90 dni od daty podwyższenia Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej lub zmiany Wariantu na Wariant z szerszym zakresem Ochrony Ubezpieczeniowej ponosimy odpowiedzialność na warunkach obowiązujących przed wprowadzeniem zmiany, za wyjątkiem sytuacji, gdy Poważne Zachorowanie było spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem.
5. W odnawianej Umowie Dodatkowej nie ma zastosowania ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 10 ust. 4 zdanie pierwsze.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 9. Jaki jest czas trwania Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej?

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w Polisie albo aneksie do Polisy, nie wcześniej niż z chwilą zapłacenia przez Ciebie Składki z tytułu Umowy Dodatkowej.
2. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej jest uzależniony od wybranego przez Ciebie Wariantu – Wariantu Onkologicznego, Wariantu Onkologiczno-Kardiologicznego, Wariantu Rozszerzonego.
3. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej kończy się wraz z wygaśnięciem Umowy Dodatkowej.

§ 10. Jaka jest wysokość świadczenia ubezpieczeniowego?

1. W razie wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonemu wypłacimy Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej w dacie wystąpienia Poważnego Zachorowania, zgodnie z zasadami określonymi w OWDU oraz Katalogu Poważnych Zachorowań.
2. Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w przypadku Poważnego Zachorowania, które nastąpiło po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, w kwocie odpowiadającej procentowi Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, który został określony w Katalogu Poważnych Zachorowań, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku Poważnych Zachorowań, dla których stawka procentowa wynosi 30% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, maksymalna kwota Świadczenia Ubezpieczeniowego stanowi 150 tysięcy złotych.
3. Świadczenie Ubezpieczeniowe może być wypłacone z tytułu kilku różnych Poważnych Zachorowań objętych Ochroną Ubezpieczeniową, przy czym suma wszystkich wypłacanych w trakcie trwania Umowy Dodatkowej Świadczeń Ubezpieczeniowych wynosi maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, z tym zastrzeżeniem, że w kwotę tę nie wlicza się Świadczenia Opiekuńczego, o którym mowa w § 10 ust. 5 OWDU. W przypadku Poważnego Zachorowania, którego stawka procentowa została określona w Katalogu Poważnych Zachorowań na poziomie 30% Sumy Ubezpieczenia, Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacane jest tylko raz i tylko za jedno Poważne Zachorowanie z danej Grupy Poważnych Zachorowań. Grupy Poważnych Zachorowań zostały określone w Katalogu Poważnych Zachorowań.
4. Jeżeli Poważne Zachorowanie nastąpiło przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w wysokości 115% Składek zapłaconych z tytułu Umowy Dodatkowej do dnia zajścia takiego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli Poważne Zachorowanie było następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, wysokość Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie obliczona zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 2 powyżej.
5. W przypadku wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego Zachorowania, które wystąpiło po upływie 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej i dla którego stawka procentowa została określona w Katalogu Poważnych Zachorowań na poziomie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, wypłacimy Świadczenie Opiekuńcze w wysokości odpowiadającej 3% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej miesięcznie. Świadczenie to będzie wypłacane przez 12 miesięcy, w odstępach miesięcznych liczonych od dnia wypłacenia Świadczenia Ubezpieczeniowego, którego stawka procentowa została określona w Katalogu Poważnych Zachorowań na poziomie 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.
6. Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Dodatkowej nie przysługuje, jeżeli Ubezpieczony zmarł przed upływem 30 dni od daty wystąpienia Poważnego Zachorowania.

§ 11. Jak wygląda procedura wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego?

1. Naszą odpowiedzialność z tytułu Umowy Dodatkowej ustalimy po otrzymaniu od uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego następujących dokumentów:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego na formularzu Towarzystwa lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu Towarzystwa,
 - 2) kopii ważnego dokumentu tożsamości zgłaszającego roszczenie; jeżeli z wnioskiem występuje przedstawiciel – także kopii dokumentu tożsamości przedstawiciela (dowodu osobistego albo paszportu bądź ważnej karty stałego pobytu – dotyczy obcokrajowców),
 - 3) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego Zachorowania, w szczególności: karty informacyjnej z leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań oraz dokumentów wskazanych w § 1 pkt. 2 OWDU dla danego Poważnego Zachorowania,
 - 4) innych (wskazanych przez nas) dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności.
2. W razie wystąpienia Poważnego Zachorowania, które nastąpiło na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, warunkiem otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przez uprawnionego jest otrzymanie przez nas, oprócz dokumentów wyżej określonych, dokumentów potwierdzających zajście Nieszczęśliwego Wypadku (np. protokoły powypadkowe policji albo dokumenty sporządzone przez prokuraturę, sąd, straż pożarną lub służby BHP).

Dokumenty, o których mowa powyżej, powinny być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego i dostarczone nam w oryginale albo kopii poświadczonej przez wystawcę dokumentu bądź notarialnie.

3. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia możemy prosić Ubezpieczonego o wykonanie dodatkowych badań lekarskich lub diagnostycznych.

OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 12. Kiedy nasza odpowiedzialność ubezpieczeniowa jest ograniczona lub wyłączona?

1. Nasza odpowiedzialność ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje Poważnego Zachorowania, które zostało spowodowane lub nastąpiło na skutek:
 - 1) działań militarnych, w tym prowadzonych w ramach misji stabilizacyjnych lub pokojowych, stanu wojennego;
 - 2) czynnego, dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w: Aktach Przemocy, aktach terroryzmu, powstaniach, rozruchach, zamieszkach, rebeliach;
 - 3) wypadku lotniczego samolotu albo śmigłowca, który nie należał do koncesjonowanego przewoźnika lotniczego, jeśli Ubezpieczony znajdował się na pokładzie tego statku;
 - 4) wypadku lotniczego samolotu albo śmigłowca, na którego pokładzie znajdował się Ubezpieczony, jeżeli należał do przewoźnika wskazanego w rozporządzeniu wykonawczym Komisji Europejskiej (UE) nr 2015/1014 z dnia 25 czerwca 2015 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 474/2006 ustanawiające wspólnotowy wykaz przewoźników lotniczych podlegających zakazowi wykonywania przewozów w ramach Wspólnoty bądź w akcie prawnym zmieniającym lub zastępującym powyższe rozporządzenie;
 - 5) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 6) uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia spowodowanego samookaleczeniem albo usiłowaniem samobójstwa bądź okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środka: odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków bądź innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza lub został zastosowany przez Ubezpieczonego niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 8) zakażenia wirusem HIV lub zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) w okolicznościach innych niż wskazane w OWDU;
 - 9) zaburzeń lub chorób psychicznych;
 - 10) masowego skażenia radioaktywnego lub chemicznego spowodowanego działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 11) odmową leczenia zaleconego przez lekarza.
2. Jesteśmy również wolni od odpowiedzialności ubezpieczeniowej w razie podania przez Ciebie, Twojego przedstawiciela lub Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, ankiecie zdrowia lub przed zawarciem Umowy Dodatkowej w innych pismach nieprawdziwych informacji dotyczących okoliczności, których skutkiem było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w pierwszych 3 latach od zawarcia Umowy Dodatkowej.

SKŁADKA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

§ 13. Jak często i w jakiej wysokości będę opłacać Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej?

1. Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej opłacasz z góry, w wysokości i terminach określonych w Polisie albo aneksie do Polisy, na rachunek bankowy, na który dokonujesz wpłaty Składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej opłacasz z częstotliwością miesięczną albo roczną wedle własnego wyboru, przy czym jeżeli Składka z tytułu Umowy Podstawowej jest płacona regularnie, częstotliwość opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej odpowiada częstotliwości opłacania Składki z tytułu Umowy Podstawowej.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być zapłacona do:
 - 1) Daty Miesięcznicy – dla częstotliwości miesięcznej,
 - 2) Rocznicy Polisy – dla częstotliwości rocznej.
4. Sumę Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej oraz Wariant Ochrony Ubezpieczeniowej określasz we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
5. Wysokość Składki z tytułu Umowy Dodatkowej uzależniona jest od:
 - 1) wysokości Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
 - 2) wieku, stanu zdrowia, zawodu, hobby i uprawianych sportów przez Ubezpieczonego,
 - 3) wybranego Wariantu Ochrony Ubezpieczeniowej,
 - 4) obecnie oferowanej przez nas taryfy uwzględniającej aktualne ryzyko wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego w okresie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej dla Ubezpieczonego w określonym wieku,
 - 5) zastosowania ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o którym mowa w § 10 ust. 4.
6. Po przeprowadzeniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy zaproponować Ci nową, wyższą Składkę z tytułu Umowy Dodatkowej, w szczególności z uwagi na stan zdrowia, zawód, hobby i uprawiane przez Ubezpieczonego sporty.
7. Dniem zapłacenia Składki z tytułu Umowy Dodatkowej jest dzień wpłynięcia Składki z tytułu Umowy Dodatkowej na nasz rachunek bankowy.
8. Jeżeli nie wpłacisz Składki z tytułu Umowy Dodatkowej we wskazanym terminie, wyślemy Ci list z wezwaniem do zapłaty informujący, że w razie braku zapłaty Składki z tytułu Umowy Dodatkowej Umowa Dodatkowa wygaśnie wraz z upływem okresu 30 dni, rozpoczynającego się w dniu, w którym powinna zostać zapłacona, a nie została zapłacona Składka z tytułu Umowy Dodatkowej.

§ 14. Czy mogę zmienić częstotliwość opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej?

1. Częstotliwość opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej możesz zmienić wraz ze zmianą częstotliwości opłacania Składki z tytułu Umowy Podstawowej – z miesięcznej na roczną albo z rocznej na miesięczną – w dowolną Rocznicę Polisy, przy czym jeżeli Składka z tytułu Umowy Podstawowej jest płacona regularnie, częstotliwość opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej możesz zmienić tylko wraz ze zmianą częstotliwości opłacania Składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Aby dokonać zmiany częstotliwości opłacania Składki, złóż do nas pisemne oświadczenie na co najmniej 30 dni przed Rocznicą Polisy.
3. Zmiana częstotliwości opłacania Składki z tytułu Umowy Dodatkowej jest możliwa wyłącznie przy braku zaległości w opłacaniu Składek. Składki muszą być także opłacone za okres do dnia Rocznicy Polisy, od której zmiana ma obowiązywać.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 15. W jakich sytuacjach Umowa Dodatkowa wygasa?

Twoja Umowa Dodatkowa wygaśnie w dniu wystąpienia jednego z następujących zdarzeń – w zależności od tego, które z nich nastąpi wcześniej:

- 1) wygaśnięcia Umowy Podstawowej,
- 2) odstąpienia od Umowy Podstawowej,
- 3) w Rocznicę Polisy następującą po ukończeniu 65. roku życia przez Ubezpieczonego,
- 4) upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa Dodatkowa, niezależnie od tego, czy Umowa Podstawowa pozostaje w mocy po tym terminie,

- 5) w przypadku wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości odpowiadającej 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej albo wypłaty kilku Świadczeń Ubezpieczeniowych, których suma wyniesie co najmniej 100% Sumy Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, co nie wpływa na obowiązek Ubezpieczyciela polegający na wypłacie Świadczenia Opiekuńczego, jeżeli Ubezpieczony nabył takie prawo,
- 6) upływu okresu 30 dni rozpoczynającego się w dniu, w którym powinna zostać zapłacona, a nie została zapłacona Składka z tytułu Umowy Dodatkowej,
- 7) upływu okresu wypowiedzenia Umowy Dodatkowej.
- 8) wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, o którym mowa w §10 ust 4.

§ 16. Jak wypowiedzieć Umowę Dodatkową?

1. W każdej chwili możesz wypowiedzieć Umowę Dodatkową.
2. Aby wypowiedzieć Umowę Dodatkową, złóż do nas oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej. Wypowiedzenie nie wymaga uzasadnienia.
3. W przypadku złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Dodatkowej ulega ona rozwiązaniu w Dacie Miesięcznicy następującej po złożeniu oświadczenia o wypowiedzeniu.

§ 17. W jaki sposób będą rozpatrywane reklamacje i spory?

1. Zarówno Ty, jak i Ubezpieczony albo inne osoby uprawnione z Umowy Dodatkowej albo Umowy Podstawowej możecie składać do nas zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług, które dalej będziemy nazywać reklamacjami.
2. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy jej rozpatrzenie.
3. Reklamacja może zostać złożona w naszej jednostce obsługującej Klientów, w szczególności w biurze przy ul. Wołoskiej 5 w Warszawie (02-675) lub w Centrum Operacyjnym przy ul. Katowickiej 47 w Chorzowie (41-500).
4. W celu sprawnego rozpatrzenia reklamacji należy podać: imię, nazwisko, numer Polisy lub PESEL oraz dane kontaktowe: telefon, adres e-mail.
5. Na żądanie składającego reklamację potwierdzimy wpływ reklamacji.
6. Ty, jak i Ubezpieczony lub inne osoby uprawnione z Umowy Dodatkowej albo Umowy Podstawowej możecie składać skargi i wnioski do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
7. Rzecznik Finansowy rozpatruje złożone wnioski na zasadach określonych w ustawie z 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
8. Właściwym dla nas podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
9. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Dodatkowej albo Umowy Podstawowej można wytoczyć przed sąd miejscowo właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania: Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, spadkobiercy Ubezpiezonego albo innej osoby uprawnionej z ww. Umów lub jej spadkobiercy, bądź przed sąd właściwy miejscowo dla naszej siedziby.

Dowiedz się więcej o reklamacjach

- A) Reklamacja może zostać złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w naszej jednostce obsługującej Klientów lub przesyłką pocztową nadaną na adresy wskazane powyżej,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerami infolinii 801 300 900 lub 22 592 10 00 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej jednostce obsługującej Klientów,
 - 3) w formie elektronicznej – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, za pomocą autoryzowanej aplikacji udostępnionej na naszej stronie internetowej www.aegon.pl.
- B) Reklamacje są rozpatrywane przez osoby odpowiedzialne za rozpatrywanie reklamacji, zgodnie z zakresem działania naszych jednostek organizacyjnych.
- C) Odpowiedź na reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- D) Wysłanie odpowiedzi przed upływem powyższego terminu oznacza jego dochowanie.
- E) Odpowiedź na reklamację sporządzamy na piśmie i nadajemy pocztą na adres korespondencyjny składającego reklamację lub – na wniosek składającego reklamację – pocztą elektroniczną, o ile składający reklamację wskazał swój adres poczty elektronicznej.
- F) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni (gdy zachodzi konieczność uzyskania informacji lub dokumentów od osób trzecich, np. banku lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub Narodowego Funduszu Zdrowia), poinformujemy składającego reklamację o:
 - 1) przyczynach opóźnienia,
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania przez nas reklamacji.
- G) W razie nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji składający reklamację może do nas złożyć odwołanie od stanowiska zawartego w odpowiedzi na reklamację. Do składania i rozpatrywania odwołań od odpowiedzi na reklamacje stosuje się odpowiednio zasady dotyczące składania i rozpatrywania reklamacji.

§ 18. Postanowienia końcowe

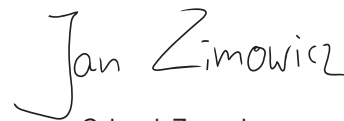
1. Do Umowy Dodatkowej, o ile Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej, stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Umowy Podstawowej. Do Umowy Dodatkowej nie stosuje się postanowień dotyczących indeksacji składki, zawieszenia opłacania składek, wznowienia Umowy Ubezpieczenia, okresu prolongaty, zmiany Ubezpieczonego udziału w zysku, premii oraz ubezpieczenia bezskładkowego.
2. Nasza strona internetowa stanowi miejsce publicznego ujawnienia sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej. Na naszej stronie internetowej znajdziesz również OWDU.
3. Opodatkowanie Świadczenia Ubezpieczeniowego regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych albo odpowiednio przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych.
4. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Aegon Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. nr 148/2018 z dnia 31 października 2018 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowych zawieranych od dnia 15 listopada 2018 r.

Marc van der Ploeg



Prezes Zarządu

Jan Zimowicz



Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO KOD ZDRO-OWU-1018 (OWDU)

POWAŻNE ZACHOROWANIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ ZGODNIE Z DEFINICJAMI ZAWARTYMI W § 1 PKT 2 OWDU	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA GRUPY POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ	WARIANTY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ		
			WARIANT ONKOLOGICZNY	WARIANT ONKOLOGICZNO-KARDIOLOGICZNY	WARIANT ROZSZERZONY
Nowotwór złośliwy	100% Sumy Ubezpieczenia	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ (carcinoma in situ):					
Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka (ICD-10 kod D00)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ innych i nieokreślonych organów trawiennych (ICD-10 kod D01)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego (ICD-10 kod D02)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ piersi (ICD-10 kod D05) niewymagający mastektomii	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ piersi (ICD-10 kod D05) wymagający mastektomii	100% Sumy Ubezpieczenia	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ szyjki macicy (ICD-10 kod D06, w tym CIN III) z częściową lub całkowitą histerektomią	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych (ICD-10 kod D07)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Rak in situ pęcherza moczowego (ICD-10 kod D09.0)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Nowotwór o niższym stopniu zaawansowania:					
Czerniak złośliwy (ICD-10 kod C43) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Płaskonabłonkowy złośliwy nowotwór skóry przekraczający rozmiarem 2 cm	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Nowotwór brodawkowaty tarczycy (ICD-10 kod C73) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Nowotwór złośliwy prostaty (ICD-10 kod C61) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017) niewymagający częściowej lub całkowitej prostatektomii w leczeniu raka prostaty	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Nowotwór złośliwy prostaty (ICD-10 kod C61) o stopniu zaawansowania T1N0M0 wg klasyfikacji TNM (UICC, 2017) wymagający częściowej lub całkowitej prostatektomii w leczeniu raka prostaty (nie wykryty przypadkowo w czasie prostatektomii)	100% Sumy Ubezpieczenia	OnkoWsparcie	✓	✓	✓
Łagodny guz mózgu	100% Sumy Ubezpieczenia	OnkoWsparcie	✓	✓	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ ZGODNIE Z DEFINICJAMI ZAWARTYMI W § 1 PKT 2 OWDU	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA GRUPY POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ	WARIANTY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ		
			WARIANT ONKOLOGICZNY	WARIANT ONKOLOGICZNO-KARDIOLOGICZNY	WARIANT ROZSZERZONY
Zawał serca prowadzący do upośledzenia funkcji serca	100% Sumy Ubezpieczenia	KardioWsparcie		✓	✓
Zawał serca nieprowadzący do upośledzenia funkcji serca	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	KardioWsparcie		✓	✓
Udar prowadzący do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej	100% Sumy Ubezpieczenia	KardioWsparcie		✓	✓
Udar nieprowadzący do poważnej i stałej dysfunkcji neurologicznej	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	KardioWsparcie		✓	✓
Zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) za pomocą torakotomii	100% Sumy Ubezpieczenia	KardioWsparcie		✓	✓
Małoinwazyjny zabieg pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass)	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	KardioWsparcie		✓	✓
Operacja zastawki serca za pomocą torakotomii	100% Sumy Ubezpieczenia	KardioWsparcie		✓	✓
Małoinwazyjna operacja zastawki serca	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	KardioWsparcie		✓	✓
Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Operacja aorty za pomocą torakotomii lub laparotomii	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Anemia aplastyczna	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Przeszczep szpiku kostnego	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Kardiomiopatia	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Przewlekła niewydolność nerek	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Przewlekła niewydolność wątroby	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Przewlekła niewydolność oddechowa	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Choroba Leśniowskiego-Crohna	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Śpiączka	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Zapalenie mózgu	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Uszkodzenie mózgu o określonym stopniu zaawansowania	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Zakażenie wirusem HIV wskutek transfuzji	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Idiopatyczne nadciśnienie płucne	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Utrata słuchu	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Utrata mowy	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Nefropatia toczniowa	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Borelioza	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓

POWAŻNE ZACHOROWANIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ ZGODNIE Z DEFINICJAMI ZAWARTYMI W § 1 PKT 2 OWDU	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA	NAZWA GRUPY POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ	WARIANTY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ		
			WARIANT ONKOLOGICZNY	WARIANT ONKOLOGICZNO-KARDIOLOGICZNY	WARIANT ROZSZERZONY
Choroba neuronu ruchowego	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Stwardnienie rozsiane	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Stwardnienie rozsiane o łagodniejszej postaci	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	Wsparcie 360°			✓
Przeszczep organów	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Paraliż dwóch kończyn	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Choroba Parkinsona	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Częściowa utrata kończyn	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Choroba Heinego-Medina	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Postępująca twardzina układowa	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Postępujące porażenie nadjądrowe	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Reumatoidalne zapalenie stawów	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Poważne oparzenia	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓
Poważne oparzenia - łagodniejsza postać	30% Sumy Ubezpieczenia, ale nie więcej niż 150 000 zł	Wsparcie 360°			✓
Ciężkie zaburzenia widzenia	100% Sumy Ubezpieczenia	Wsparcie 360°			✓

