

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”
(ZD2/J/8/2020)

| Rodzaj informacji | Numer zapisu z wzorca umownego |
|--|---|
| 1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | § 2 z uwzględnieniem definicji w § 1 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | § 2 ust. 3-11 § 3 |
| 3. Koszty oraz inne obciążenia potrącanie ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych | § 7 ust. 1-2 |

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO
„NA ZDROWIE” (ZD2/J/8/2020)**

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

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

**§ 1.
DEFINICJE**

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

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszania lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie” jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie: Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;

- 3) **główna umowa ubezpieczenia (umowa główna)** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 4) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów albo w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć (w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala), sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 6) **postępowanie medyczne** – zastosowanie procedury medycznej w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu ubezpieczonego podczas jego hospitalizacji, która rozpoczęła się:
 - a) w czasie ochrony ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż po upływie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego
 - albo
 - b) w czasie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, o ile postępowanie medyczne było związane z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ ubezpieczony,
 przy czym wyróżnia się następujące rodzaje postępowań medycznych: postępowanie medyczne główne, postępowanie medyczne inne oraz postępowanie medyczne SOR;
- 7) **postępowanie medyczne główne** – postępowanie medyczne wskazane w Tabeli postępowań medycznych głównych, znaj-

- dującej się w Wykazie postępowań medycznych, zastosowane w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć;
- 8) **postępowanie medyczne inne** – postępowanie medyczne niewskazane w Tabeli postępowań medycznych głównych, znajdującej się w Wykazie postępowań medycznych, zastosowane w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji, o ile to postępowanie zostało przeprowadzone podczas trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacji;
- 9) **postępowanie medyczne SOR** – postępowanie medyczne przeprowadzone podczas hospitalizacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć;
- 10) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzonej taką samą datą dzienną i miesiącem kalendarzowym, co dzień rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, a jeżeli dniem rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia był dzień 29 lutego, to wtedy ostatni dzień tego miesiąca;
- 11) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 12) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu wystąpienia okoliczności wskazanych w Wykazie postępowań medycznych;
- 13) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu wystąpienia okoliczności wskazanych w Wykazie postępowań medycznych;
- 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
- 15) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 16) **Wykaz postępowań medycznych** – załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, określający wysokość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących w razie: przeprowadzenia postępowania medycznego, wystąpienia okoliczności będących podstawą wypłaty świadczenia ryczałtowego oraz wystąpienia okoliczności będących podstawą wypłaty świadczenia lekowego – w zależności od wybranych: Poziomu świadczeń i Wariantu świadczeń – a także określający szczególne zasady ich wypłaty, o których mowa w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;
- 17) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runnageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 18) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
- c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje postępowania medyczne oraz okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych. Ubezpieczający może wybrać zakres ubezpieczenia rozszerzony o okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie przeprowadzenia postępowania medycznego w trakcie hospitalizacji rozpoczętej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
 - 1) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono jedno postępowanie medyczne główne, wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie w wysokości 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu tego postępowania.
 - 2) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono więcej niż jedno postępowanie medyczne główne, wtedy Towarzystwo wypłaci kwotę będącą sumą:
 - a) 100 proc. (sto procent) świadczenia, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu przeprowadzonych postępowań medycznych głównych oraz
 - b) 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) świadczenia, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu pozostałych przeprowadzonych postępowań medycznych głównych.
 - 3) Jeżeli podczas hospitalizacji, trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni, przeprowadzono więcej niż jedno postępowanie medyczne spełniające definicję postępowania medycznego innego, wówczas w związku z tą hospitalizacją zostanie wypłacone tylko jedno należne świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego.
 - 4) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono postępowanie medyczne inne i jakiegokolwiek postępowanie medyczne główne, to świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego nie jest należne.
 - 5) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono postępowanie medyczne SOR oraz jakiegokolwiek postępowanie medyczne główne lub postępowanie medyczne inne, to świadczenie z tytułu postępowania medycznego SOR i świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego nie są należne.
4. Dodatkowo, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty – zgodnie z poniższymi zasadami – świadczenia ryczałtowego w razie wystąpienia okoliczności będącej podstawą jego wypłaty.
 - 1) W przypadku wypłaty 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego, Towarzystwo wypłaci również należne świadczenie ryczałtowe powiązane z tym postępowaniem – nie więcej niż po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu wystąpienia każdej z okoliczności będących podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych.
 - 2) Wypłata należnego świadczenia ryczałtowego nastąpi, o ile ochrona ubezpieczeniowa trwała nieprzerwanie w okresie od dnia przeprowadzenia postępowania medycznego głównego do dnia wystąpienia okoliczności będącej podstawą wypłaty świadczenia ryczałtowego.
5. Dodatkowo, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty – zgodnie z poniższymi zasadami – świadczenia lekowego w razie wystąpienia okoliczności będącej podstawą jego wypłaty, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.

- 1) W przypadku wypłaty 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego, Towarzystwo wypłaci również należne świadczenie lekowe powiązane z tym postępowaniem – nie więcej niż po jednym świadczeniu lekowym z tytułu wystąpienia każdej z okoliczności będących podstawą wypłat świadczeń lekowych.
- 2) Wypłata świadczenia lekowego nie nastąpi, jeżeli postępowanie medyczne główne dotyczyło porodu (zgodnie z takim wskazaniem w Wykazie postępowań medycznych).
6. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego głównego dotyczącego porodu lub choroby zwyrodnieniowej stawu leczonej endoprotezoplastyką (zgodnie z takim wskazaniem w Wykazie postępowań medycznych) nie jest należne, jeżeli hospitalizacja związana z tym postępowaniem rozpoczęła się w terminie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia.
7. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego, ani świadczenie z tytułu postępowania medycznego SOR nie jest należne, jeżeli hospitalizacja była związana z ciążą, porodem lub połogiem, chyba że przyczyną hospitalizacji było potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrażające lub zaistniałe poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia ubezpieczonego lub zagrożenie życia jego nienarodzonego/nowonarodzonego dziecka.
8. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego danego rodzaju nie jest należne, jeżeli w okresie karencji poprzedzającym rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem medycznym, miała miejsce hospitalizacja, w czasie której przeprowadzono:
 - 1) takie samo postępowanie medyczne główne zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego;
 - 2) jakiegokolwiek postępowanie medyczne SOR zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego SOR;
 - 3) postępowanie medyczne główne lub postępowanie medyczne inne zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego, związane z leczeniem tej samej choroby z zastosowaniem takiej samej metody leczenia – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego lub postępowania medycznego innego. Taką samą metodą leczenia jest:
 - a) każde leczenie zachowawcze – odnośnie do postępowań medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
 - b) każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – odnośnie do postępowań medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
 - c) każda metoda diagnostyki – odnośnie do postępowań medycznych z zastosowaniem diagnostyki.

Okres karencji, o którym mowa powyżej wynosi: 12 (dwanaście) miesięcy albo 18 (osiemnaście) miesięcy albo 5 (pięć) lat i jest wskazany w Wykazie postępowań medycznych – odrębnie dla każdego z postępowań medycznych. Okres karencji nie dotyczy postępowania medycznego głównego ani postępowania medycznego innego, o ile zostały przeprowadzone w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

- 9. Jeżeli na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa Poziom świadczeń został zmieniony na wyższy, a następnie:
 - 1) postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany
lub
 - 2) przeprowadzone zostało postępowanie medyczne, którego termin został zaplanowany przed tą zmianą,
wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą. Okoliczność wskazana w pkt 1 nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
- 10. Jeżeli postępowanie medyczne główne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia:
 - 1) rozszerzenia – na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa – zakresu ubezpieczenia o świadczenia lekowe, wtedy świadczenie lekowe nie jest należne;
 - 2) zmiany – na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa – Wariantu świadczenia lekowego na wyższy, wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie lekowe w wysokości obowiązującej przed zmianą.

Powyższe ustalenia nie dotyczą postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
- 11. Łączna kwota świadczeń z tytułu postępowań medycznych, świadczeń ryczałtowych i świadczeń lekowych – wypłacanych w związku z

wszystkimi postępowaniami medycznymi przeprowadzonymi w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej samej odpowiednio pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia albo kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia – nie może być wyższa niż wskazany w Wykazie postępowań medycznych limit wypłat. Wysokość limitu wypłat zależy od wybranego Poziomu świadczeń oraz od tego, czy zakres ubezpieczenia obejmuje okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzono:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaletonym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużyciem przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV; w związku z wadą wrodzoną ubezpieczonego; w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego; w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, przy czym nie dotyczy to likwidacji u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podlegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 7) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji publicznej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być osoby ubezpieczone w ramach umowy głównej.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
 - 1) Ubezpieczający może złożyć ofertę zawarcia takiej umowy na rzecz ubezpieczonego pod warunkiem, że w tym samym czasie ubezpieczony nie jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa

w § 1 ust. 1 pkt 2 lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju.

- 2) Ubezpieczający składa ofertę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
 - 3) Częścią integralną oferty ubezpieczającego zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest propozycja zmiany głównej umowy ubezpieczenia zgodnie z aneksem zamieszczonym w formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Do zmiany głównej umowy ubezpieczenia dochodzi z chwilą zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodnie z pkt 6 i 7.
 - 4) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
 - 5) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia.
 - 6) Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.
 - 7) W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferata). Złożenie kontroferaty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu – wraz z dokumentem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 – informacji o postanowieniach dodatkowej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferata Towarzystwa została przyjęta, a dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
 - 8) Postanowienia ust. 7 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń/upoważnień/deklaracji, zawiera zapisy zmieniające treść formularza wniosku ubezpieczeniowego lub postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub w inny sposób nie spełnia wymagań w nich określonych.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
- 1) Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Składki.
 - 4) Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający zgłosi sprzeciw przynajmniej 14 (czternaście) dni przed rozpoczęciem tego okresu ubezpieczenia. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego odpowiednio: pierwszą albo drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby okres ubezpieczenia był dłuższy niż 6 (sześć) miesięcy i jednocześnie nie dłuższy niż 18 (osiemnaście) miesięcy.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku począwszy od dnia następnego po zakończeniu poprzedniej umowy dodatkowej, aż do dnia poprzedzającego odpowiednią następną rocznicę umowy głównej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych jest wskazana w Wykazie postępowań medycznych i zależy od:
 - 1) wybranego Poziomu świadczeń w przypadku postępowań medycznych oraz świadczeń ryczałtowych,
 - 2) wybranego Wariantu świadczeń w przypadku świadczeń lekowych.
2. Zakres ubezpieczenia oraz wybrane stosownie do zakresu: Poziom świadczeń i Wariant świadczeń, są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
3. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę Wykazu postępowań medycznych.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości optacania składki, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa odpowiedniej dla obowiązującego w dodatkowej umowie ubezpieczenia Poziomu świadczeń oraz Wariantu świadczeń – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - 2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płatna jest jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.
3. Pierwsza składka ubezpieczeniowa należna z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia płatna jest wraz ze złożeniem oferty zawarcia tej umowy.
4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczenia Składki.
6. Skutki nieoptacania składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub optacania jej po upływie tego terminu regulują § 4 ust. 3 pkt 2 oraz aneks do głównej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 3.

§ 8.
USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA
ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczeń ubezpieczeniowych uwzględnia się kwoty tych świadczeń obowiązujące w pierwszym dniu hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne, z zastrzeżeniem § 2 ust. 9 i 10.
2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
4. Dokumentację potwierdzającą postępowania medyczne lub okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych lub świadczeń lekowych, stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniły hospitalizację bez skierowania,
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji,
 - 4) zalecenie od lekarza specjalisty onkologa zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia dotycząca odmowy ich refundacji (dotyczy świadczenia lekowego),
 - 5) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 7, wtedy świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone spełnione w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także realizuje bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9.
ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ
UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W razie odstąpienia od umowy ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, przy czym za miesiąc ubezpieczenia uznaje się bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się w dniu rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną (jeżeli dniem rejestracji wniosku jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego),
 - 2) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
 - 3) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 4) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,
 - 5) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłaceniu nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia Składki,
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 pkt 4.

§ 10.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla dodatkowej umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.
3. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków wymienionych na wstępie, na których podstawie została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 11.
ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część, jest Wykaz postępowań medycznych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 17 czerwca 2020 roku i weszły w życie 8 sierpnia 2020 roku.