

Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczenia Nowa Perspektywa

Ubezpieczenie Świadczenia Szpitalnego Na Zdrowie



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE” ZD/NPER/1/2007

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

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
 - 2) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 3) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala;

- 4) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz ubezpieczonego, które wymagały stosowania leków, wykonywania badań lub korzystania z porad lekarskich przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego 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 na rzecz ubezpieczonego** – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego, wskazane w Wykazie postępowań medycznych, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; wyróżnia się następujące rodzaje postępowań medycznych:
 - a) postępowanie medyczne typu A – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w trakcie hospitalizacji, zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia,
 - b) postępowanie medyczne typu B – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego związane z odbyciem przez niego porodu w warunkach szpitalnych,
 - c) postępowanie medyczne typu C – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego podczas trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacji, mające na celu leczenie choroby bądź urazu ubezpieczonego, podczas której nie przeprowadzono żadnego postępowania medycznego typu A ani typu B;
- 7) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym także leczenia chirurgicznego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak dom opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, ani zakłady leczenia uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne, sanatoryjne lub wypoczynkowe;
- 8) **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego lub dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe;
- 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
- 10) **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;

11) **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;

12) **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 lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu postępowania medycznego w razie przeprowadzenia postępowania medycznego na rzecz ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Jeżeli ubezpieczony w ostatnim dniu hospitalizacji, podczas której przeprowadzono na jego rzecz postępowanie medyczne, nie ukończył 18 (osiemnastu) lat życia, wówczas Towarzystwo wypłacając świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu tego postępowania medycznego, wypłaci również dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe. Niezależnie od liczby świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu postępowania medycznego wypłacanych w związku z daną hospitalizacją, Towarzystwo wypłaca tylko jedno dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe.

4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego typu B jest należne, o ile hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz w okresie tym obowiązywał najwyższy poziom świadczeń.
5. Jeżeli podczas jednej hospitalizacji przeprowadzono:
 - 1) więcej niż jedno postępowanie medyczne typu A, wtedy zostanie wypłacone to świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń, a ponadto 50 proc. (pięćdziesiąt procent) pozostałych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu postępowania medycznego,
 - 2) więcej niż jedno postępowanie medyczne typu C, wtedy zostanie wypłacone jedno świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego.
6. Łączna kwota świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych w związku ze wszystkimi postępowaniami medycznymi na rzecz ubezpieczonego, przeprowadzonymi w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie może być wyższa niż limit wypłat obowiązujący dla tej umowy wskazany w Wykazie postępowań medycznych, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego przeprowadzono:
 - 1) w związku z leczeniem u ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu,
 - 2) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 3) w związku z chorobą ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, chorobą psychiczną lub umysłową ubezpieczonego, wadą wrodzoną ubezpieczonego, chorobą wywołaną u ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV,
 - 4) w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
 - 5) w związku z celowym samookaleczeniem ciała przez ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa (nawet w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności),

- 6) w związku z pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 7) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,
 - 8) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem przez niego wskazań i zaleceń lekarskich, a w przypadku ubezpieczonego, który nie ukończył 18 (osiemnastu) lat życia, także przez osoby, pod których opieką pozostaje ubezpieczony,
 - 9) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
 - 11) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 12) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego,
 - 13) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych, lotniczych, motorowych, motorowodnych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),
 - 14) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w związku z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u niego przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej na podstawie pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów

ubezpieczenia, ubezpieczony w związku z tymi nieprawidłowościami nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonywania badań lub przyjmowania leków. Ponadto, powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się również wtedy, gdy przy zawieraniu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia udzielono odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego i w drodze kontroferty nie zostały wprowadzone warunki specjalne wyłączające postępowania medyczne związane z leczeniem tych nieprawidłowości.

4. W okresie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu tych postępowań medycznych, które w tym okresie przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za kolejne takie same postępowania medyczne typu A lub typu C, wykonane w okresie 5 (pięciu) lat od pierwszego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono pierwsze takie postępowanie medyczne skutkujące wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego. Powyższe ograniczenie nie dotyczy tych postępowań medycznych, które w tym okresie przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia:
 - 1) takim samym postępowaniem medycznym typu A jest postępowanie medyczne zastosowane do określonej choroby, urazu bądź mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego, wskazane w tej samej co uprzednio pozycji Wykazu postępowań medycznych, stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 2) takim samym postępowaniem medycznym typu C jest postępowanie medyczne spowodowane leczeniem tej samej co uprzednio choroby bądź urazu, podczas którego zastosowano tę samą metodę leczenia.
6. W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej dodatkowych umów ubezpieczenia, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu postępowań medycznych, które przeprowadzono w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:
 - 1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może zostać złożona łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w czasie jej trwania. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy. Do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieuregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, przy czym Towarzystwo zobowiązuje się, że w każdym przypadku zaproponuje zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że podjęło decyzję o zaprzestaniu zawierania takich umów lub zaprzestaniu ich zawierania na rachunek osób w wieku ubezpieczonego. Jeżeli Towarzystwo złoży taką ofertę, wówczas do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia i składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.
4. Składając – w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia – ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczający i ubezpieczony mogą zrezygnować z udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli:
 - 1) ubezpieczony kiedykolwiek był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, która została rozwiązana z innych przyczyn niż upływ okresu ubezpieczenia lub która nie była kontynuowana zgodnie z ust. 3

lub

- 2) w związku ze stanem zdrowia lub innymi szczegółowymi informacjami dotyczącymi ubezpieczonego, Towarzystwo kiedykolwiek odmówiło zawarcia umowy ubezpieczenia na życie na jego rachunek lub kiedykolwiek złożyło kontrofertę zawarcia takiej umowy – co do wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia lub składki z tytułu śmierci ubezpieczonego.
5. Jeżeli wypłacono świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu postępowania medycznego typu B, a jednocześnie okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej związanej z najwyższym poziomem świadczeń – liczony od pierwszego dnia tej hospitalizacji – był krótszy niż 24 (dwadzieścia cztery) miesiące, a następnie ubezpieczający ponownie składa ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wtedy ma on prawo wskazać wyłącznie najwyższy poziom świadczeń.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

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

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych odpowiadająca poszczególnym poziomom świadczeń jest wskazana w Wykazie postępowania medycznych, stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia. Poziom świadczeń jest wskazany w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę Wykazu postępowania medycznego stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, uwzględnia się kwotę tego świadczenia obowiązującą w ostatnim dniu hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego.
2. Dokumentację potwierdzającą zdarzenie ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania,
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,

- 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami ubezpieczonego w szpitalu i inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu. W razie śmierci ubezpieczonego podczas hospitalizacji, świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane osobom, które w ramach odpowiednio głównej umowy ubezpieczenia albo umowy wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego.
4. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 9.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczający i ubezpieczony, a w przypadku ubezpieczonego, który nie ukończył 18 (osiemnastu) lat życia, także inne osoby, pod których opieką pozostaje ubezpieczony – są zobowiązani powiadomić Towarzystwo telefonicznie, pisemnie lub drogą elektroniczną o zamiarze poddania się hospitalizacji.

§ 10.

ROZWIĄZANIE I ODSZTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

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

§ 11.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

§ 12.
ZAŁĄCZNIKI

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 3 sierpnia 2007 roku i weszły w życie 1 października 2007 roku.

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

Spis treści

§ 1. Definicje	1
§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
§ 3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa	4
§ 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia	7
§ 5. Okres ubezpieczenia	8
§ 6. Świadczenie ubezpieczeniowe	8
§ 7. Składka ubezpieczeniowa	9
§ 8. Ustalenie wysokości i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	9
§ 9. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego	10
§ 10. Rozwiązanie i odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia	10
§ 11. Postanowienia końcowe	11
§ 12. Załączniki	11

życie i zdrowie

emerytura

inwestycje

majątek

firma



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

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