

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA MEDISERVICE (MSER/NPER/2/2016)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA 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) **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w C/Almagro 36-1, 28010 Madryt, Hiszpania, współpracujący z Towarzystwem w ramach niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) **biblioteka video on-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia;
- 3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem telefonu 800 365 867, prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, przyjmujące zgłoszenia, weryfikujące prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynujące realizację świadczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia;
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU; 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;
- 5) **dziecko ubezpieczonego** – własne lub przysposobione dziecko ubezpieczonego będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletności, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
- 6) **ekspert** – lekarz specjalista, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, współpracujący z Best Doctors; wybór lekarza eksperta dla poszczególnych przypadków będzie dokonywany przez Best Doctors z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie;
- 7) **główna umowa ubezpieczenia na życie** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych w wstępie OWU;
- 8) **internetowa platforma informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej [www.askbestdoctors.com/pol](http://www.askbestdoctors.com/pol), umożliwiająca ubezpieczonemu lub współmałżonkowi, po zalogowaniu się przy użyciu indywidualnego hasła, skorzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, od ogólnych faktów po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym dostęp do informacji zawartych w zasobach biblioteki video on-line;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego albo osoby bliskiej, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli tej osoby;
- 10) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapewnienia ubezpieczonemu oraz osobom bliskim dostępu do świadczeń zagranicznej opinii lekarskiej oraz dostępu do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors);
- 11) **OWU** – niniejsze warunki ubezpieczenia;
- 12) **osoba bliska** – współmałżonek i/lub dziecko ubezpieczonego;
- 13) **specjalistyczna informacja medyczna eksperta (AskTheExpert)** – ogólna informacja o stanie zdrowia i/lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez eksperta;
- 14) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 15) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia i której życie jest ubezpieczone na podstawie głównej lub terminowej umowy ubezpieczenia na życie;
- 16) **współmałżonek** – osoba, która z ubezpieczonym pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 17) **zagraniczna powtórna opinia medyczna (InterConsultation)** – sporządzona przez eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 18) **zagraniczna opinia lekarska** – zagraniczna powtórna opinia medyczna lub specjalistyczna informacja medyczna eksperta;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęty odpowiedzialnością Towarzystwa stan chorobowy ubezpieczonego albo osoby bliskiej, o którym mowa w par. 2 ust. 2 i 3, uprawniający do otrzymania zagranicznej opinii lekarskiej.

2. Wszelkie pojęcia inne, niż wskazane w wstępie poprzedzającym, są stosowane w OWU zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których jest zawierana główna umowa ubezpieczenia, lub przez warunki Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

### § 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie zagranicznej opinii medycznej dotyczącej ubezpieczonego albo osoby bliskiej, jeżeli u którejkolwiek z tych osób w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oferowanej ubezpieczonemu, postawiono diagnozę lub stwierdzono konieczność wykonania leczenia operacyjnego, związanych z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych bądź uszkodzeń ciała:
  - 1) nowotwór złośliwy,
  - 2) niewydolność nerek,
  - 3) schyłkowa niewydolność wątroby,
  - 4) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby,
  - 5) udar mózgu,
  - 6) łagodny nowotwór mózgu,
  - 7) zapalenie mózgu,
  - 8) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
  - 9) porażenie kończyn,
  - 10) paraliż,
  - 11) stwardnienie rozsiane,
  - 12) choroba Alzheimera,
  - 13) choroba Parkinsona,
  - 14) choroby neuronu ruchowego,
  - 15) przeszczep narządu,
  - 16) zawał serca,
  - 17) angioplastyka naczyń wieńcowych,
  - 18) operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
  - 19) operacja zastawek serca,
  - 20) operacja aorty,
  - 21) bakteryjne zapalenia wsierdza,
  - 22) niedokrwiłość aplastyczna,
  - 23) rozległe oparzenie,
  - 24) utrata kończyn,
  - 25) utrata słuchu,

- 26) utrata wzroku,
  - 27) utrata mowy,
  - 28) śpiączka,
  - 29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna),
  - 30) gruźlica,
  - 31) zakażenie wirusem HIV,
  - 32) inne, nie wymienione powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu ubezpieczonego albo osoby bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie specjalistycznej informacji medycznej eksperta w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego albo osoby bliskiej innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2, powyżej, wymagającego leczenia specjalistycznego.
  4. Zakres ubezpieczenia obejmuje także dostęp do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors), na której ubezpieczony lub współmałżonek mogą on-line wypełnić i złożyć wniosek o uruchomienie usługi zagranicznej opinii lekarskiej, przeglądać przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w bibliotece video on-line.
  5. Dzień początku dostępu do świadczeń, o których mowa w ust. 2., 3. i 4., zależy od daty, w której rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa udzielana na podstawie głównej umowy ubezpieczenia na życie i jest ustalany na zasadach określonych w poniższych ustępach.
  6. Jeżeli data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 5 powyżej, przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca kalendarzowego, to dniem początku dostępu do świadczeń jest 1. dzień miesiąca kalendarzowego następującego po tej dacie.
  7. Jeżeli data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 5 powyżej, przypada od 21. do 31. dnia miesiąca kalendarzowego, to dniem początku dostępu do świadczeń jest 1. dzień drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po tej dacie.

### § 3.

#### OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania zagranicznej opinii lekarskiej dotyczącej ubezpieczonego albo osoby bliskiej jest:
  - 1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
  - 2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
  - 3) zaburzenie psychiczne,
  - 4) problem stomatologiczny.
2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
  - 1) w czasie pobytu ubezpieczonego albo osoby bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem zagranicznej opinii lekarskiej, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
  - 2) jeżeli stan chorobowy ubezpieczonego albo osoby bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Towarzystwo i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność zagranicznych opinii lekarskich sporządzanych przez ekspertów, a także za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w zagranicznych opiniach lekarskich oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez ekspertów planów leczenia, a także ich skuteczność.
4. W okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do dostarczenia zagranicznej opinii medycznej jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

### § 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 na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie, z wyłączeniem dzieci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia.

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 jedynie łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia. 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. 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. 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 lub składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.

### § 5.

#### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.

### § 6.

#### 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 wieku ubezpieczonego oraz częstotliwości opłacania składki.
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 w głównej umowie ubezpieczenia lub ubezpieczonego w dodatkowej umowie terminowego ubezpieczenia na życie. 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 wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

### § 7.

#### ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do zorganizowania oraz pokrycia kosztów sporządzenia i przetłumaczenia zagranicznej opinii lekarskiej, przy czym z tytułu zaistnienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczonemu albo osobie bliskiej przysługuje tylko jedno świadczenie, to jest osoba ta ma prawo do jednej zagranicznej opinii lekarskiej dotyczącej tego zdarzenia.
2. Warunkiem uzyskania przez osobę, o której mowa w ust. 1, powyżej, zagranicznej powtórnej opinii medycznej jest dostarczenie Best Doctors wszystkich dokumentów wymaganych do spełnienia świadczenia oraz udzielenie pisemnej zgody na zasięganie i przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego albo osób bliskich.
3. Zagraniczna powtórna opinia medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:

- 1) postawioną przez eksperta powtórnią diagnozę;
  - 2) ocenę dotychczas prowadzonego leczenia;
  - 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem eksperta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony.
4. W celu uzyskania zagranicznej powtórnej opinii medycznej ubezpieczony albo współmałżonek zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:
- 1) imię i nazwisko ubezpieczonego,
  - 2) adres zamieszkania,
  - 3) numer polisy potwierdzającej zawarcie głównej umowy ubezpieczenia na życie,
  - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
  - 5) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie.
5. Po zweryfikowaniu dostępu do świadczeń ubezpieczony albo współmałżonek otrzyma na wskazany przez siebie adres pakiet formularzy, które zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia, a następnie dostarczyć na własny koszt do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors (adres: BEST DOCTORS, 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73) wraz z pełną dokumentacją medyczną, dotyczącą choroby ubezpieczonego albo osoby bliskiej, i dodatkowo, w przypadku gdy dotyczy to współmałżonka albo dziecka, odpowiednio z odpisem aktu małżeństwa, albo odpisem aktu urodzenia dziecka ubezpieczonego.
6. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do przetłumaczenia na język kraju pochodzenia eksperta dokumentacji medycznej dostarczonej przez ubezpieczonego albo współmałżonka oraz przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi, a także zapewnienia przetłumaczenia sporządzonej przez eksperta zagranicznej powtórnej opinii medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu albo współmałżonkowi.
7. Zagraniczna powtórna opinia medyczna zostanie sporządzona i przekazana ubezpieczonemu albo współmałżonkowi w sposób z nimi uzgodniony w terminie trzydziestu dni od daty dostarczenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5. W przypadku gdy do sporządzenia zagranicznej powtórnej opinii medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, zagraniczna powtórna opinia medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
8. Specjalistyczna informacja medyczna eksperta będzie zawierała ocenę stanu zdrowia ubezpieczonego albo osoby bliskiej oraz – jeśli będzie to możliwe – propozycję sposobu leczenia schorzenia będącego przedmiotem zgłoszonego do eksperta zapytania.
9. W celu uzyskania specjalistycznej informacji medycznej eksperta, ubezpieczony lub współmałżonek zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać dane, o których mowa w ust. 4 pkt 1) do 5) oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień dotyczących stanu chorobowego osoby, której dotyczy sporządzana informacja.
10. Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się przekazać zebrane informacje, po ich przetłumaczeniu, do eksperta, a następnie przesłać ubezpieczonemu albo współmałżonkowi przetłumaczony na język polski raport eksperta. Specjalistyczna informacja medyczna eksperta zostanie sporządzona w ciągu 7 dni liczonych od daty zebrania informacji, o których mowa w ust. 9, oraz przesłana we wspomnianym terminie na wskazany przez ubezpieczonego albo współmałżonka adres poczty elektronicznej.

#### § 8.

#### DODATKOWE ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. W przypadku przekroczenia terminu sporządzenia zagranicznej powtórnej opinii medycznej, o którym mowa w § 7 ust. 7, Towarzystwo wypłaci dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe, którego wysokość zostaje określona jako równowartość dziesięciokrotności rocznej składki ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym podstawą naliczenia kwoty dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego jest wysokość składki z tytułu zawarcia niniejszej umowy dodatkowej obowiązującej w miesiącu zgłoszenia roszczenia o wypłacenie niniejszego świadczenia.

2. Uprawnionym do uzyskania dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego jest ubezpieczony.
3. Do wypłaty dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

#### § 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 takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. 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 OWU 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.

#### § 10.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w OWU stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

#### § 11.

#### ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część, jest Informacja o postanowieniach z wzorca umownego.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:  
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy  
Ubezpieczenia Mediservice

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1-4 (str. 1)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 2)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 2)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 6 ust. 1-2 (str. 2)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa  
tel. +48 22 557 44 44  
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl