

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE” (ZD/J/6/2016)

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 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 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;
 - 3) **dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie wskazane w Wykazie postępowań medycznych, związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz ubezpieczonego; wyróżnia się dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenia) typu 1 i typu 2;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnutowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, 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 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; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
 - 6) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz ubezpieczonego, które zostały zdiagnozowane lub wymagały stosowania leków, wykonywania badań, korzystania z porad lekarskich przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 7) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę 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;
 - 8) **postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego (postępowanie medyczne)** – postępowanie medyczne wskazane w Wykazie postępowań medycznych przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w trakcie jego hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej; wyróżnia się następujące rodzaje postępowań medycznych:
 - a) postępowanie medyczne typu A lub typu B – postępowanie medyczne zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia,
 - b) postępowanie medyczne typu C – postępowanie medyczne związane z odbyciem przez ubezpieczonego porodu w warunkach szpitalnych,
 - c) postępowanie medyczne typu D – postępowanie medyczne przeprowadzone podczas trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacji, mające na celu leczenie choroby bądź urazu ubezpieczonego, podczas której nie przeprowadzono żadnego z postępowań medycznych typu A lub B lub C;
 - 9) **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 wykonanego na rzecz ubezpieczonego; 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;
 - 10) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
 - 11) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
 - 12) **świadczenie ubezpieczeniowe (świadczenie)** – świadczenie z tytułu postępowania medycznego, świadczenie lekowe lub świadczenie ryczałtowe;
 - 13) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 14) **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;
 - 15) **Wykaz postępowań medycznych** – Wykaz postępowań medycznych stanowiący załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 16) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie splayy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 17) **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;

18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – postępowanie medyczne 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. Zakres ubezpieczenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia typu 1. Zakres ubezpieczenia może także obejmować dodatkowe zdarzenia typu 2.
3. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego w razie przeprowadzenia postępowania medycznego na rzecz ubezpieczonego w trakcie jego hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego typu A lub B Towarzystwo wypłaci również świadczenie ryczałtowe lub lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określone dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym wypłata świadczenia lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje dodatkowe zdarzenia typu 2.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego ubezpieczonego może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego dodatkowego zdarzenia oraz jedno świadczenie lekowe.
6. Jeżeli podczas jednej hospitalizacji przeprowadzono na rzecz ubezpieczonego więcej niż jedno postępowanie medyczne spośród wymienionych w Wykazie postępowania medycznych jako postępowanie medyczne typu A, B i C, wtedy zostanie wypłacone to świadczenie ubezpieczeniowe, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu postępowania medycznego, a ponadto 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) najwyższego z pozostałych świadczeń z tytułu postępowania medycznego. Niezależnie od powyższego zostanie również wypłacone tylko to świadczenie ryczałtowe lub lekowe, które jest powiązane z tym postępowaniem medycznym typu A lub B przeprowadzonym na rzecz ubezpieczonego, za które należy jest najwyższe świadczenie z tytułu postępowania medycznego, przy czym świadczenie lekowe zostanie wypłacone, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje dodatkowe zdarzenia typu 2.
7. Jeżeli podczas jednej hospitalizacji przeprowadzono na rzecz ubezpieczonego więcej niż jedno postępowanie medyczne typu D, wtedy zostanie wypłacone jedno świadczenie z tytułu postępowania medycznego tego typu.
8. Łączna kwota świadczeń z tytułu postępowania medycznych oraz świadczeń ryczałtowych i lekowych, 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 postępowania medycznych.
9. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego typu B lub C jest niezależne, 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, a w przypadku postępowania medycznych typu C dodatkowo w okresie tym obowiązywał najwyższy poziom świadczeń ubezpieczeniowych.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego przeprowadzono:

- 1) 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,
 - 2) w związku z leczeniem u ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu lub w związku z chorobą ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną ubezpieczonego, wirusowym zapaleniem wątroby lub w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego lub na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV,
 - 3) w związku z celowym samookaleceniem ciała przez ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa (nawet w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności) lub w związku z pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem przez niego wskazań i zaleceń lekarskich,
 - 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 koncesjonowanych linii lotniczych,
 - 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 7) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego lub w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
 - 8) 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 ochronę ubezpieczeniową z tytułu postępowania medycznych związanych z leczeniem tych nieprawidłowości.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w ramach jego hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
 5. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji ubezpieczonego rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia typu 2 i postępowanie to nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem, wtedy świadczenie lekowe nie zostanie wypłacone.
 6. Z zastrzeżeniem ust. 7, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne typu A lub B, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które

występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Wykazu postępowań medycznych.

- W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 6, wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
- Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 6, oraz wyjątki, o których mowa w ust. 7, zostały wskazane w Wykazie postępowań medycznych odrębnie dla każdej z pozycji.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne typu D, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z leczeniem tej samej co uprzednio choroby bądź urazu i podczas tego leczenia zastosowano tę samą metodę leczenia.
- Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 6, 7 i 9, nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz ubezpieczonego, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
- W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej umów ubezpieczenia tego rodzaju, 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 umów ubezpieczenia tego rodzaju.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

- Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej umowy ukończył 18 (osiemnaście) lat i nie ukończył 55 (pięćdziesiąt pięć) lat.
 - Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia składana jest w czasie trwania umowy głównej i jeżeli Towarzystwo przyjmie taką ofertę, to dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa o przyjęciu oferty.
 - Oferta zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - wniosek wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny,
 - do wniosku został dołączony dowód zapłacenia pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej.
 - Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, 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. Powyższych postanowień nie stosuje się jeżeli ubezpieczonemu przysługuje prawo rezygnacji z udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, o którym mowa w ust. 5.
 - Składając 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:
 - ubezpieczony kiedykolwiek był objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju, która została rozwiązana z innych przyczyn niż upływ okresu ubezpieczenia lub która nie była kontynuowana zgodnie z ust. 11
- lub
- w związku ze stanem zdrowia lub innymi szczegółowymi informacjami dotyczącymi ubezpieczonego Towarzystwo kiedykolwiek odmówiło zawarcia umowy ubezpieczenia na życie na jego rachunek lub kiedy-

kolwiek złożyło kontrofertę zawarcia takiej umowy – co do wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia lub składki z tytułu śmierci ubezpieczonego.

- Jeżeli ubezpieczony udziela odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, Towarzystwo ocenia ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie okoliczności podanych we wniosku o zawarcie tej umowy oraz innej dokumentacji znajdującej się w posiadaniu Towarzystwa.
- Jeżeli ubezpieczony rezygnuje z udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, Towarzystwo nie dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ubezpieczony we wniosku o zawarcie tej umowy składa oświadczenie, że został poinformowany i jest świadomy wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed zawarciem umowy dodatkowej.
- Jeżeli ujawnione okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego będą w opinii Towarzystwa zwiększały prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo może w umowie dodatkowej wyłączyć na czas oznaczony lub nieoznaczony odpowiedzialność z tytułu określonych zdarzeń ubezpieczeniowych (warunki specjalne).
- Warunki specjalne i zasady ich uchylenia – o ile są przewidziane – określone są w dokumencie ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli zawarcia umowy na warunkach odbiegających od treści złożonej oferty. Warunki specjalne zachowują ważność w kolejnych dodatkowych umowach ubezpieczenia, o których mowa poniżej – do momentu zniesienia tych warunków.
- Jeżeli wypłacono świadczenie z tytułu postępowania medycznego typu C, a jednocześnie okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej związanej z najwyższym poziomem świadczeń – liczony od pierwszego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono to postępowanie – był krótszy niż 24 (dwadzieścia cztery) miesiące, a następnie ubezpieczający ponownie składa ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego, wtedy ubezpieczający ma prawo wskazać wyłącznie najwyższy poziom świadczeń.
- Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu tej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat, z zastrzeżeniem ust.12.
- Towarzystwo nie zaproponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
- Jeżeli ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty Towarzystwa najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta, uważa się, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią oferty Towarzystwa, z dniem następującym po dniu, w którym upłynął termin wniesienia sprzeciwu. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

- Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz w zawartej na ich podstawie dodatkowej umowie ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki, i trwa do dnia rozwiązania tej umowy.
- Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z możliwością jej zawarcia na kolejne okresy roczne.
- Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą umowy głównej, wtedy pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

4. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą umowy głównej, wtedy pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia umowy pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych odpowiadająca poszczególnym poziomom świadczeń jest wskazana w Wykazie postępowań medycznych. Poziom świadczeń, typ dodatkowych zdarzeń oraz rodzaj świadczeń ubezpieczeniowych są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę Wykazu postępowań medycznych.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana w zależności od poziomu świadczeń i zakresu ubezpieczenia – na podstawie wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
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 dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.
6. Skutki nieopłacenia składek z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia ich po upływie tego terminu reguluje aneks do głównej umowy ubezpieczenia oraz § 4 ust. 12.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, uwzględnia się kwoty tych świadczeń obowiązujące w ostatnim dniu hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia poziom świadczeń został – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zmieniony na wyższy, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego, wówczas wypłacone zostanie świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli poziom świadczeń został – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zmieniony na wyższy i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji ubezpieczonego rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas wypłacone zostanie świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

4. Dokumentację potwierdzającą zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia 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,
- 4) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.

5. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu. W razie śmierci ubezpieczonego podczas hospitalizacji, świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane osobom, które w ramach głównej umowy ubezpieczenia są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego.

§ 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. Dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przypadającym po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, a jeżeli pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym wtedy z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego,
 - 2) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 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 zapłacenie nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki,
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Załącznikami do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Wykaz postępowań medycznych,
- 2) 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 Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1-4 (str. 2) § 6 ust. 1 (str. 4) § 8 ust. 1 (str. 4)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 5-9 (str. 2) § 3 (str. 2) § 4 ust. 7-9 (str. 3) § 8 ust. 2 i 3 (str. 4)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 5-9 (str. 2) § 3 (str. 2) § 4 ust. 7-9 (str. 3) § 8 ust. 2 i 3 (str. 4)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 7 ust. 1-3 (str. 4)
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

infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl