



PODSTAWOWE INFORMACJE O DODATKOWEJ UMOWIE UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PI-PMED/NPER/1/2018)

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje o Dodatkowej Umowie Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”, o której zawarciu wnioskujesz w czasie trwania umowy Nowa Perspektywa (dalej: Umowa Główna). Znajdziesz tu informacje o przedmiocie i zakresie ubezpieczenia tej umowy, przysługujących świadczeniach oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Towarzystwo). Zwracamy uwagę, że pełne informacje o dodatkowej umowie ubezpieczenia, w tym dotyczące ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa, znajdują się w warunkach ogólnych tej umowy, które są dostępne na naszej stronie internetowej www.aviva.pl.

Czas trwania umowy dodatkowej: umowa dodatkowa jest zawierana na 1 rok, przy czym pierwsza umowa jest zawierana na okres do najbliższej albo do kolejnej rocznicy ubezpieczenia (w zależności od tego, kiedy przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w tej umowie). Umowa jest zawierana na kolejne roczne okresy, na podstawie oferty przedstawionej przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w warunkach ogólnych.

Ochrona Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej kończy się w związku z:

- rozwiązaniem tej umowy dodatkowej,
- rozwiązaniem Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie zawartej na rzecz tego Ubezpieczonego,
- rozwiązaniem Umowy Głównej,
- przekształceniem Umowy Głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta w przypadku, gdy Towarzystwo nie przedstawiło oferty jej zawarcia na rzecz Ubezpieczonego na następny okres.

Oplacanie składek za umowę dodatkową

Składki są opłacane łącznie ze składką za Umowę Główną, w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- wizytę Ubezpieczonego w placówce medycznej mającą na celu skorzystanie z usługi zdrowotnej; usługi zdrowotne udostępniane w ramach poszczególnych Wariantów ubezpieczenia (w tym porady u lekarzy specjalistów, zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne) są wskazane w Wykazie usług medycznych (załącznik do warunków ogólnych); lista placówek medycznych jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa,
- niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, rozumianą jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku, trwa nieprzerwanie 12 miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny (ochrona nie dotyczy dzieci); wypłacimy tylko jedno świadczenie z tego tytułu,
- śmierć Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie polega na umożliwieniu przez Towarzystwo nieodpłatnego korzystania ze wskazanych usług zdrowotnych.

Świadczenie w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równe 100% sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie w razie śmierci jest równe 100% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- wizyt w placówkach medycznych innych niż wskazane na stronie internetowej Towarzystwa,
- usług zdrowotnych innych niż wskazane w Wykazie usług medycznych,
- niezdolności do pracy spowodowanej inną przyczyną niż nieszczęśliwy wypadek, częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy lub takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące w szczególności skutkiem:

- ! spożycia alkoholu, niezaleconego przez lekarza zażycia narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy lub ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków, innych substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! samobójstwa w okresie 24 miesięcy od zawarcia pierwszej umowy dodatkowej,
- ! wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu lub udziału w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! działalności zarobkowej lub zawodowego uprawiania sportu, o których Towarzystwo nie zostało poinformowane, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia,
- ! udziału w eksperymentach medycznych; stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
- ! leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej; leczenia, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki; leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych; leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wizyty Ubezpieczonego w placówce medycznej, jeżeli w okresie przed podpisaniem wniosku o zawarcie umowy dodatkowej rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych w tym wniosku.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner i jego dzieci. W wersji umowy dodatkowej przewidującej ochronę wyłącznie na rzecz partnera wymagane jest zawarcie na jego rzecz Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

Dokument ten obowiązuje od 23 lutego 2018 r. i został przygotowany na podstawie warunków ogólnych i załączników do nich, aktualnych w dniu jego wejścia w życie.

