

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:  
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poniesienia Kosztów Leczenia  
Skutków Nieszczęśliwego Wypadku (KLNW/NPER/1/2019)

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. 3-4 § 3 § 8 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone 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 W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA  
SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KLNW/NPER/1/2019)

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 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) **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, zastraszenia 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 lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poniesienia Kosztów Leczenia Skutków Nieszczęśliwego Wypadku jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
  - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo pierwszej oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego,
  - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo kolejnej oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
- 3) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

4) **koszty leczenia** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty przeprowadzonego pod kontrolą lekarza i na terenie Polski leczenia u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony. Koszty leczenia obejmują następujące koszty poniesione w okresie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku:

- a) koszty wizyt lekarskich,
- b) koszty pobytu w szpitalu,
- c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
- d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
- e) koszty badań,
- f) koszty przewiezienia ubezpieczonego do placówki medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po nieszczęśliwym wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
- g) koszty nabycia leków dostępnych wyłącznie na receptę,
- h) koszty nabycia środków opatrunkowych.

Do kosztów leczenia nie należą koszty rehabilitacji;

- 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) **placówka medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;
- 7) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; 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;

- 8) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
  - 9) **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;
  - 10) **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, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie 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;
  - 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** – poniesienie kosztów leczenia u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wymienione 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. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poniesienia kosztów leczenia u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jest równa kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów leczenia ubezpieczonego, udokumentowanych oryginałami faktur lub rachunków, jednak łącznie nie więcej niż suma ubezpieczenia.
4. Łączna kwota wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych, wypłaconych tytułem zdarzeń ubezpieczeniowych związanych z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia.

## § 3.

### OGRODZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce:

- 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym 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 ujawnieniem 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 popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- 3) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
- 4) 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;
- 5) 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.

## § 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.
2. Każda dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.
3. Przyjęcie przez ubezpieczającego pierwszej oferty Towarzystwa następuje poprzez wpłatę składki w wysokości i terminie wskazanych w tej ofercie lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. Jeżeli ubezpieczający przyjmie pierwszą ofertę Towarzystwa, wtedy pierwszą dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach określonych w tej ofercie, z dniem najbliższej rocznicy ubezpieczenia następującej po złożeniu tej oferty przez Towarzystwo ale nie wcześniej niż z następnym dniem po dniu przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.
4. 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) Towarzystwo zaproponuje 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 75 (siedemdziesiąt pięć) lat, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku ubezpieczonego, o którym mowa w ust.1 pkt 2, Towarzystwo zaproponuje zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym samym czasie zaproponuje zawarcie umowy, o której mowa w ust.1 pkt 2.
  - 2) 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.
  - 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej ubezpieczającemu w związku z rocznicą ubezpieczenia. Powyższe oznacza, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający w terminie wskazanym w powyższych postanowieniach głównej umowy ubezpieczenia poinformuje Towarzystwo o nieprzyjęciu oferty. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony

ubezpieczeniowej, przy czym takie oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Oświadczenie takie ubezpieczony przekazuje ubezpieczającemu. Złożenie przez ubezpieczającego oświadczenia o przyjęciu oferty Towarzystwa w trybie wskazanym w ustępach poprzedzających oznacza, że ubezpieczony przekazał takie oświadczenie ubezpieczającemu. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu otrzymanych od Towarzystwa informacji oraz niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania tych obowiązków, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych. Ubezpieczony może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.

#### **§ 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.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

#### **§ 6. SUMA UBEZPIECZENIA**

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, przy czym procentowy wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy proponowanemu przez Towarzystwo wskaźnikowi wzrostu podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci w ramach umowy głównej.

#### **§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

1. Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
  - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – 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.
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 rozliczenia 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, zawartych na podstawie niniejszych lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia.

5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczenia wpłat. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznaczają się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

#### **§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.
2. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.
3. Łączna kwota wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych w związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia obowiązująca dla tej umowy.
4. 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. Dokumentację potwierdzającą zdarzenie ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
  - 1) rachunki i faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia ubezpieczonego,
  - 2) dokumenty potwierdzające nieszczęśliwy wypadek,
  - 3) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
5. 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.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich. Jeżeli koszty leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane w przedstawionych rachunkach i fakturach są przeliczane na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli Narodowego Banku Polskiego, obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów.
8. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia dotyczące wypłaty 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 takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
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) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

- 4) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
- 5) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

#### **§ 10.**

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 czerwca 2019 roku i weszły w życie 27 lipca 2019 roku.