

**Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia MEDISERVICE (MSER/NPER/3/2018)**

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. 2 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 6 ust. 1-2

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA MEDISERVICE
(MSER/NPER/3/2018)**

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 video, 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 Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia MEDISERVICE jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych na wstępie 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 pełnoletniości, które w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 (dwadzieścia pięć) 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 na wstępie OWU;
 - 8) **internetowa platforma informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej 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 źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu 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 osobom bliskim dostępu do świadczeń zagranicznej opinii lekarskiej oraz dostępu do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors);
 - 11) **OWU** – niniejsze warunki ubezpieczenia;
 - 12) **osoba bliska** – ubezpieczony, współmałżonek ubezpieczonego, 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 umowy ubezpieczenia na życie lub Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 70 (siedemdziesiąt) lat;

- 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 osoby bliskiej, o którym mowa w § 2 ust. 2 i 3, uprawniający do otrzymania zagranicznej opinii lekarskiej.
2. Wszelkie pojęcia inne, niż wskazane w ustępie poprzedzającym, są stosowane w OWU zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których jest zawierana główna umowa ubezpieczenia, lub przez Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie zagranicznej powtórnej opinii medycznej dotyczącej osoby bliskiej, o ile w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej postawiono jej diagnozę lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia u niej leczenia operacyjnego, które mają związek z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych lub 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) niedokrwistość 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 osoby bliskiej i wymagają leczenia specjalistycznego

z zastrzeżeniem, że w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpiło w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane sporządzić zagraniczną powtórna opinię medyczną, o ile zdarzenie to było następstwem nieszczęśliwego wypadku.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie specjalistycznej informacji medycznej eksperta w przypadku wystąpienia u osoby bliskiej innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2, wymagającego leczenia specjalistycznego z zastrzeżeniem, że w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpiło w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane sporządzić specjalistyczną informację medyczną eksperta, o ile zdarzenie to było następstwem nieszczęśliwego wypadku.
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, przeglądając 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, 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, 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 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 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 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, skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w tych opiniach, skutki wdrożenia proponowanych przez ekspertów planów leczenia ani ich skuteczność.

§ 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 propo-

zycji 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. 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 wskazanego w polisie i nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz 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 regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie 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 w głównej umowie ubezpieczenia lub ubezpieczonego w umowie wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2. 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. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznacza się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 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 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, 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 osoby bliskiej.
3. Zagraniczna powtórna opinia medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:
 - 1) postawioną przez eksperta powtórna 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 pełnoletnia osoba bliska jest zobowiązana 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 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 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 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 (siedmiu) 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 regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym podstawą naliczenia kwoty dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego jest wysokość składki obowiązująca w miesiącu zgłoszenia roszczenia o wypłacenie tego świadczenia.
2. Uprawnionym do uzyskania dodatkowego świadczenia ubezpieczeniowego jest ubezpieczony.
3. Do wypłaty dodatkowego 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. 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) 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 OWU stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 6 grudnia 2017 roku i weszły w życie 31 grudnia 2017 roku.