

**Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”
(PMED/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	§ 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane 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
PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/NPER/3/2018)**

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 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 Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow” jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych 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 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) **działalność zarobkowa** – działalność nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **identyfikator** – imienna karta identyfikacyjna opatrzona unikalnym numerem wydawana przez Towarzystwo w związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 6) **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;
 - 7) **niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w terminie 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku, trwała nieprzerwanie 12 (dwanaście) miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny;
 - 8) **placówki medyczne** – wskazane przez Towarzystwo podmioty lecznicze lub lekarze świadczący usługi zdrowotne w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej;
 - 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia i zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 70 (siedemdziesiąt) lat;
 - 10) **usługi zdrowotne** – działania mające na celu przywrócenie zdrowia ubezpieczonego oraz zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie, obejmujące porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne;
 - 11) **wariant ubezpieczenia** – zakres usług zdrowotnych udostępnionych ubezpieczonemu w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 12) **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;
 - 13) **Wykaz Usług Medycznych** – załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiący ich integralną część, zawierający

jący spis usług zdrowotnych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia;

- 14) **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 sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki 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;
- 15) **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;
- 16) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wizyta ubezpieczonego w placówce medycznej, niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub śmierć ubezpieczonego.

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 lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć ubezpieczonego;
 - 2) wizytę ubezpieczonego w placówce medycznej mającą na celu skorzystanie z usługi zdrowotnej;
 - 3) niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, przy czym zakres ten nie dotyczy ubezpieczonych, o których mowa w § 4 ust. 3 pkt 2.
3. W razie wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej, mającej na celu skorzystanie z usługi zdrowotnej, udzielana ubezpieczonemu ochrona ubezpieczeniowa polega na umożliwieniu korzystania przez niego z porad specjalistycznych oraz uzasadnionych z medycznego punktu widzenia badań diagnostycznych i zabiegów ambulatoryjnych wskazanych w Wykazie Usług Medycznych stosownie do wariantu ubezpieczenia. Ubezpieczony może korzystać z usług zdrowotnych na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia tylko w placówkach medycznych i w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. Informacja o aktualnej liście placówek medycznych, udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia, znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa i można ją także uzyskać pod numerem infolinii Towarzystwa. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany placówek medycznych z ważnych przyczyn. Za ważną przyczynę uznaje się zaprzestanie przez placówkę medyczną prowadzenia działalności w zakresie udostępniania usług zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych lub jej rozpoczęcie przez nową placówkę medyczną. Zmiana placówek medycznych nie stanowi zmiany dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w razie śmierci polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci.

6. Ochrona ubezpieczeniowa w razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, w wysokości równej sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Tytułem dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać wypłacone tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie ubezpieczeniowe, jeżeli było ono skutkiem poniższych okoliczności, przy czym okoliczności wymienione w pkt 1-3 dotyczą śmierci ubezpieczonego, okoliczności wymienione w pkt 2-8 dotyczą niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz wszystkie okoliczności za wyjątkiem wymienionej w pkt 1 dotyczą wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej:
 - 1) samobójstwa ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; 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; udziału ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; udziału ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 3) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconego przez lekarza zażycia 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); ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 4) nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; dokonania przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa; zakażenia ubezpieczonego HIV;
 - 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 6) wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 7) 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;
 - 8) udziału ubezpieczonego w eksperymentach medycznych; stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej;
 - 9) AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą; choroby Alzheimera; zabiegu aborcji, ciąży wysokiego ryzyka, lub ciąży, o ile wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje połogu;
 - 10) diagnozowania i leczenia niepłodności ubezpieczonego; zabiegu zmiany płci ubezpieczonego;
 - 11) leczenia protetycznego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej ubezpieczonego; leczenia, zabiegów i operacji ubezpieczonego z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki;
 - 12) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji ubezpieczonego, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych;
 - 13) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych ubezpieczonego;
 - 14) pełnienia służby wojskowej przez ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej, jeżeli w okresie przed podpisaniem wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia rozpoznano u niego lub był on leczony z powodu któregośkolwiek ze schorzeń wymienionych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. 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 ma prawo

podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia. Postanowienie to nie ma zastosowania w przypadku śmierci ubezpieczonego po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:

- 1) zaproponuje ubezpieczającemu zmianę wysokości regularnej składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo

albo

- 2) zdecyduje, iż w ofertach zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego

albo

- 3) zdecyduje o zaprzestaniu składania ubezpieczającemu ofert zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek osoby, która z ubezpieczonym w głównej umowie ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego albo, o ile Towarzystwo wyrazi zgodę, na rachunek innej osoby fizycznej wskazanej przez ubezpieczającego. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek tej osoby pod warunkiem, że jest ona ubezpieczona w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek wielu ubezpieczonych, którymi oprócz ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia mogą być:
 - 1) osoba, która z ubezpieczonym w głównej umowie ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego albo, o ile Towarzystwo wyrazi zgodę, inna osoba fizyczna wskazana przez ubezpieczającego żyjąca z ubezpieczonym w głównej umowie ubezpieczenia w jednym gospodarstwie domowym,
 - 2) własne lub przysposobione dzieci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia oraz ubezpieczonego wskazanego w pkt 1, które pozostają pod ich władzą rodzicielską lub pozostawały do uzyskania pełnoletności.
4. W ramach jednej umowy ubezpieczenia może obowiązywać w tym samym czasie tylko jedna dodatkowa umowa ubezpieczenia, z wyjątkiem umów wskazanych w ust. 1 i 2, które mogą obowiązywać jednocześnie.
5. 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 łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w czasie jej trwania. 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. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy. Do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
6. 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 i 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.

7. Towarzystwo może odmówić zawarcia nowej dodatkowej umowy ubezpieczenia w okresie 6 (sześciu) miesięcy od dnia rozwiązania poprzedniej dodatkowej umowy 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. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po tym, jak Towarzystwo w ramach głównej umowy ubezpieczenia przygotowało w związku z najbliższą rocznicą ubezpieczenia propozycję dotyczącą zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki od tej rocznicy, wówczas ta umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą rocznicę ubezpieczenia następującą po jej zawarciu.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3. Ochrona ubezpieczeniowa polegająca na możliwości korzystania przez ubezpieczonego z usług zdrowotnych rozpoczyna się z dniem wskazanym w polisie.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Ubezpieczeni, wariant ubezpieczenia oraz wysokość sum ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia, zaś usługi zdrowotne udostępniane w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia są wskazane w Wykazie Usług Medycznych. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować ich zmianę.

§ 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 częstotliwości opłacania składki oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa odpowiedniej dla obowiązującego wariantu ubezpieczenia – 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, o którym mowa w § 4 ust. 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 – przeznaczają się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 8.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego jest wypłacane osobom, które w ramach odpowiednio głównej umowy ubezpieczenia albo dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego. W pozostałych przypadkach świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego jest wypłacane, o ile ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobom które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane ubezpieczonemu.
3. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
4. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.
5. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które wykonane zostaną na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
6. Do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych, wskazanych powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia dotyczące wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9.

REALIZACJA USŁUG ZDROWOTNYCH

1. Prawo do korzystania z usług zdrowotnych przysługuje ubezpieczonemu.
2. Każdy ubezpieczony otrzymuje identyfikator, który wraz z ważnym dokumentem tożsamości, obowiązany jest okazywać przy korzystaniu z usług zdrowotnych.
3. W celu skorzystania z usługi zdrowotnej ubezpieczony, przed przybyciem do placówki medycznej, obowiązany jest:
 - 1) uzgodnić telefonicznie lub osobiście z wybraną placówką medyczną termin wykonania usługi zdrowotnej,
 - 2) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od placówki medycznej,
 - 3) przestrzegać terminów wykonania usługi zdrowotnej.
4. Ubezpieczony może skorzystać z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych pod warunkiem, że zostaną one zlecone przez lekarza z placówki medycznej.

5. W przypadku gdy ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 10.

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. 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.
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 chwilą śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 4) z chwilą śmierci ubezpieczonego, o którym mowa w § 4 ust. 2 – tylko w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek,
 - 5) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
 - 6) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 7) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 11.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczony może uzyskać na preferencyjnych warunkach dostęp do wskazanych przez Towarzystwo usług poprawiających jakość życia.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 12.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część, jest Wykaz Usług Medycznych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 stycznia 2018 roku i weszły w życie 20 stycznia 2018 roku.