

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” (PMED/T/2/2016)

§ 1. DEFINICJE

Ilekcją w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych 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 władzę publiczną, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **działalność zarobkowa** – działalność nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 3) **identyfikator** – imienna karta identyfikacyjna opatrzona unikalnym numerem wydawana przez Towarzystwo w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 4) **miesiące ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeśli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 5) **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;
- 6) **niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku** – 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;
- 7) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 8) **placówki medyczne** – wskazane przez Towarzystwo zakłady opieki zdrowotnej świadczeniodawcy oraz inne działające na zlecenie świadczeniodawcy zakłady opieki zdrowotnej lub lekarze wykonujący usługi zdrowotne w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, świadczące usługi zdrowotne na rzecz ubezpieczonych;
- 9) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 10) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 11) **świadczeniodawca** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania na rzecz ubezpieczonego usług zdrowotnych wymienionych w Wykazie Usług Medycznych;
- 12) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
- 13) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia i zdrowia dotyczy umowa ubezpieczenia;
- 15) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU;
- 16) **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;
- 17) **wariant ubezpieczenia** – zakres usług zdrowotnych udostępnionych ubezpieczonemu w ramach umowy ubezpieczenia;
- 18) **Wykaz Usług Medycznych** – załącznik do OWU, stanowiący ich integralną część, zawierający spis usług zdrowotnych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia wraz z maksymalnym czasem oczekiwania na wykonanie wybranych usług;
- 19) **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 spływy 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;
- 20) **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;
- 21) **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.

§ 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 dzieci, o których mowa w § 4 ust. 1 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 OWU tylko w placówkach medycznych i w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. Towarzystwo wraz z polisą przekazuje listę placówek medycznych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia. Towarzystwo

zastrzega sobie prawo zmiany placówek medycznych z ważnych przyczyn. Za ważną przyczynę uznaje się zarówno zaprzestanie przez placówkę medyczną prowadzenia działalności na zlecenie świadczeniodawcy w zakresie udostępniania usług zdrowotnych na rzecz ubezpieczonych, jak i jej rozpoczęcie przez nową placówkę medyczną. Zmiana placówek medycznych nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia. Informacja o aktualnej liście placówek medycznych znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa. Można ją także uzyskać pod numerem infolinii.

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, którego wysokość jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenie, którym może być śmierć ubezpieczonego, niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku albo wizyta ubezpieczonego w placówce medycznej, jeżeli zdarzenie było skutkiem poniższych okoliczności, przy czym okoliczności wymienione w pkt 1 i 2 dotyczą śmierci ubezpieczonego, okoliczności wymienione w pkt 2-5 dotyczą niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz okoliczności wymienione w pkt 2-13 dotyczą wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej:
 - 1) samobójstwa ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia,
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub 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,
 - 3) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconego przez lekarza zażycia narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - 4) 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,
 - 5) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego lub udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
 - 6) chorób psychicznych ubezpieczonego, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych ubezpieczonego,
 - 7) zażycia przez ubezpieczonego niezaordynowanych przez lekarza leków lub ich zażycia niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, a także udziału ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowania metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
 - 8) 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 porodu,
 - 9) diagnozowania i leczenia niepłodności ubezpieczonego oraz zabiegu zmiany płci ubezpieczonego,
 - 10) leczenia protetycznego ubezpieczonego, ortodontycznego lub z zakresu chirurgii szczękowej, a także leczenia, zabiegów i operacji ubezpieczonego z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
 - 11) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz rehabilitacji ubezpieczonego, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
 - 12) leczenia odwykowego, zabiegów i kuracji odwykowych ubezpieczonego,
 - 13) 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.

§ 4.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek tylko jednego ubezpieczonego (ubezpieczony główny) albo na rachunek wielu ubezpieczonych, którymi oprócz ubezpieczonego głównego mogą być:
 - 1) osoba, która z ubezpieczonym głównym 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 głównym w jednym gospodarstwie domowym,
 - 2) własne lub przysposobione dzieci ubezpieczonych wskazanych powyżej, które pozostają pod ich władzą rodzicielską lub pozostawały do uzyskania pełnoletności.
2. Pierwsza umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku Towarzystwa. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
3. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego, z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.
4. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontrofertę). Złożenie kontroferdy następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferda Towarzystwa została przyjęta, a umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
5. Postanowienia ust. 4 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia OWU lub treść formularza wniosku ubezpieczeniowego, albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w OWU.
6. Kolejna umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego. Towarzystwo wysła ofertę zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia przynajmniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed końcem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, a ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo o swojej decyzji. Jeżeli ubezpieczający akceptuje warunki ubezpieczenia zaproponowane w ofercie Towarzystwa, wtedy wystarczającym poinformowaniem jest wpłacenie właściwej składki w wysokości i terminie, które zostały zaproponowane w ofercie.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem pierwszej umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
8. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 7, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 7, zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. Towarzystwo może podnieść zarzut, o którym mowa w ust. 8, również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia. Postanowienie to nie ma zastosowania w przypadku śmierci ubezpieczonego po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia.
10. Towarzystwo może odmówić zawarcia nowej umowy ubezpieczenia w okresie 6 (sześciu) miesięcy od dnia rozwiązania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

§ 5. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w polisie.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, z tym że ochrona ubezpieczeniowa polegająca na umożliwieniu korzystania z usług zdrowotnych rozpoczyna się zawsze z dniem wskazanym w polisie.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje nie wcześniej niż od następnego dnia po zaplaceniu składki i nie dłużej niż do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 6. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

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

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę z tytułu umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach określonych w polisie, która może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie obowiązującej taryfy składek i częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana w zależności od wariantu ubezpieczenia oraz liczby ubezpieczonych.
3. Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacana na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo albo w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa. W razie wpłaty składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, dniem zapłaty składki jest dzień uznania rachunku tą wpłatą.
5. W razie nieopłacenia składki w terminie, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy 7 (siedmio) dniowy termin do jej zaplaceniu, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w tym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem tego terminu.
6. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. 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. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci lub niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku następuje po otrzymaniu zawiadomienia o takim zdarzeniu i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości tego świadczenia.
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty są potrzebne do jego wypłaty. W szczególności dokumentem potwierdzającym śmierć jest odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego, a jeżeli zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wtedy jest nim dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło zdarzenie.

7. 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.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
9. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
10. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę 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.
5. W przypadku gdy ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 10. ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.

§ 11. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od 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. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca mu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ustalenie i zwrot kwoty wskazanej powyżej następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 8 ust. 8 stosuje się odpowiednio.

§ 12. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:

- 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,

- 2) z chwilą śmierci ubezpieczonego głównego, o którym mowa w § 4 ust.1,
- 3) w razie nieopłacenia składki w terminie określonym w § 7 ust. 5,
- 4) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 13.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. 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.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy ubezpieczenia – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
4. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest ubezpieczony, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w § 8 ust. 9-10 dotyczą także ubezpieczonego.

§ 14.

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.

8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust.10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 15.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 16.

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. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
3. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Złożony podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu. Jeżeli złożony podpis nie jest zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, wówczas Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe po stronie ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz innych osób, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na oświadczenie lub powiadomienie ubezpieczającego lub ubezpieczonego.
4. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
5. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych wypłacanych przez Towarzystwo są wskazane w dokumencie polisy.
7. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
8. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 17.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Wykaz Usług 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 Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

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