



PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA UNIWERSALNEGO NOWA PERSPEKTYWA (PI/NPER/7/2019)

Dokument ten został opracowany przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA (dalej: Aviva) i stanowi materiał informacyjny, opisujący główne zagadnienia dotyczące zasad funkcjonowania ubezpieczenia.

Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na fakt, że decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną dokumentacją ubezpieczeniową (zwłaszcza z ogólnymi warunkami ubezpieczenia). Znajdują się w niej m.in. szczegółowe informacje o przedmiocie ubezpieczenia, jego zakresie i wyłączeniach odpowiedzialności, a także o strategii inwestycyjnej poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz opłatach.

Pełny opis warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego Nowa Perspektywa znajduje się w:

- Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Uniwersalnego Nowa Perspektywa (NPER/J/11/2019) wraz z załącznikami do tych OWU, stanowiącymi ich integralną część, tj.:
 - Wykazem Opłat (WO/NPER/10/2019),
 - Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych (RUFK/REG/1/2018),
- ogólnych warunkach poszczególnych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz ubezpieczeń grupowych przewidzianych dla Ubezpieczenia Uniwersalnego Nowa Perspektywa zawieranego na podstawie powyższych ogólnych warunków, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o takie umowy.

Wszystkie warunki ogólne znajdują się na naszej stronie internetowej: www.aviva.pl.

Zachęcamy także do zapoznania się z „Dokumentem zawierającym kluczowe informacje” przygotowanym dla tego ubezpieczenia. Dokument ten, wraz z Załącznikiem „Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe”, można również znaleźć na naszej stronie internetowej.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie Aviva ocenia, czy umowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Ocena odbywa się za pomocą Ankiety Potrzeb, za zgodą tej osoby. Po zawarciu umowy Aviva nie przeprowadza ocen odpowiedniości umowy do potrzeb Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w ustalonych okresach.

1. CELE, CHARAKTER ORAZ GŁÓWNE CECHY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie Uniwersalne Nowa Perspektywa ma charakter ochronno-inwestycyjny. Pozwala ubezpieczyć życie i zdrowie, a równocześnie oszczędzać.

Cel główny:

- wypłata świadczenia osobom uposażonym w razie śmierci Ubezpieczonego (dalej: Główny Ubezpieczony).

Cele dodatkowe:

- zabezpieczenie w razie choroby, niezdolności do pracy i skutków wypadków dzięki skorzystaniu z możliwości rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o umowy dodatkowe,
- gromadzenie kapitału na przyszłość na rachunku podstawowym,
- inwestowanie dodatkowych kwot na rachunkach dedykowanych.

Główne cechy ubezpieczenia (Umowa Główna):

- zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej w razie śmierci Głównego Ubezpieczonego (więcej informacji w pkt 2);
- możliwość dopasowania ubezpieczenia do bieżących potrzeb (za naszą zgodą) dzięki obniżeniu/podwyższeniu ochrony ubezpieczeniowej lub dzięki zawarciu umów dodatkowych, również na rzecz osób bliskich:
 - możliwość zwiększenia poziomu ochrony z tytułu śmierci Głównego Ubezpieczonego poprzez zawarcie dodatkowej umowy terminowego ubezpieczenia na życie lub skorzystanie z prawa do wnioskowania o okolicznościowe podwyższenie sumy ubezpieczenia w ramach Umowy Głównej (uprawnienie przysługuje w związku z zawarciem związku małżeńskiego czy urodzeniem się / przysposobieniem dziecka),
 - możliwość rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkową ochronę zdrowotną i wypadkową: dla Głównego Ubezpieczonego (dostępnych 9 umów dodatkowych), dla partnera (dostępnych 8 umów dodatkowych) i dzieci (dostępne 3 umowy dodatkowe); więcej informacji w pkt 8;
- możliwość ochrony wartości świadczeń przed skutkami inflacji w długim okresie dzięki indeksowaniu składki i sumy ubezpieczenia;
- możliwość zawieszenia opłacania obowiązkowych składek za Umowę Główną z zachowaniem pełnej ochrony z tytułu ubezpieczenia na życie (opcja dostępna po 3 latach trwania umowy i opłaceniu wszystkich składek wymaganych za ten okres); skorzystanie z niej wpłynie negatywnie na wysokość zgromadzonego kapitału oraz może spowodować zakończenie umowy wskutek wyczerpania się kapitału; istnieje możliwość wnioskowania o powrót do regularnego opłacania składek;
- odpowiedzialność Avivy jest ograniczona w razie samobójstwa w okresie 24 miesięcy od zawarcia umowy lub gdy śmierć jest skutkiem: działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek, użycia broni masowego rażenia lub aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do struktur wojskowych, jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; odpowiedzialność Avivy jest ograniczona także wtedy, gdy śmierć nastąpiła w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym lub w związku z jego udziałem w charakterze sprawcy, pomocnika lub podlegacza w akcie terroryzmu lub innych niż powyższe aktach przemocy; odpowiedzialność Avivy jest ograniczona także wtedy, gdy przy zawarciu umowy zostały podane nieprawdziwe informacje, a śmierć nastąpiła przed upływem 3 lat od zawarcia umowy; we wszystkich tych przypadkach suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest równa wartości rachunku podstawowego;
- świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane Uposażonym nie podlega opodatkowaniu podatkiem od spadków i darowizn – zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi na dzień wejścia w życie niniejszego dokumentu;
- **składka regularna** może być opłacana z częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną; minimalna miesięczna składka za Umowę Główną wynosi 100 zł, a dla pozostałych częstotliwości jest odpowiednią krotnością minimalnej składki miesięcznej;
- **składka o charakterze inwestycyjnym** (składka dodatkowa alokowana na rachunek dedykowany) może być wpłacana:
 - w dowolnym momencie, w wysokości nie niższej niż 650 złi/lub
 - w terminach płatności składki regularnej w wysokości nie niższej niż 75 zł w skali miesiąca pod warunkiem otwarcia dodatkowego rachunku dedykowanego;

- dostęp do **13 ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych** oraz możliwość decydowania o wyborze funduszy i ich zmianie;
- **dostęp do całości lub części wartości rachunku:**
 - możliwość **wypłacenia z rachunku podstawowego części zgromadzonych pieniędzy** – po 3 latach trwania umowy i opłaceniu wszystkich składek wymaganych za ten okres; wypłata skutkuje obniżeniem sumy ubezpieczenia na życie i podwyższeniem składki z tytułu Umowy Głównej,
 - możliwość **wypłacenia z rachunku podstawowego całości zgromadzonych pieniędzy** – w dowolnym momencie trwania umowy; wypłata skutkuje rozwiązaniem umowy,
 - możliwość **wypłacenia z rachunku dedykowanego części lub całości zgromadzonych pieniędzy** – w dowolnym momencie trwania umowy,
 - możliwość **odstąpienia od umowy w ciągu 60 dni** od otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji o wartości świadczeń przysługujących z umowy, przy czym każda z powyższych operacji wiąże się z odpowiednią opłatą (opłata za wykup, opłata operacyjna, opłata w razie odstąpienia) – więcej informacji w pkt 6.

2. WYKAZ ŚWIADCZEŃ PRZYSŁUGUJĄCYCH Z UMOWY GŁÓWNEJ

Świadczenie z tytułu śmierci:

- wybrana suma ubezpieczenia, nie mniej niż 103 proc. wartości środków zgromadzonych na rachunku podstawowym,
- świadczenie jest zwiększane o wartość środków zgromadzonych na rachunkach dedykowanych oraz zmniejszane o ewentualne zadłużenie wynikające z nieopłacenia składek za umowy dodatkowe.

3. UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE OFEROWANE W RAMACH UMOWY

Nazwa UFK		Ogólny wskaźnik ryzyka z Dokumentu zawierającego kluczowe informacje ¹	Profil ryzyka przyjęty na potrzeby Regulaminu Funduszy	Zalecany okres inwestowania	Opłata za zarządzanie i administrację (w skali roku)
1.	Gwarancji Zysku	najniższa klasa ryzyka (1)	bezpieczny profil inwestycyjny	dowolny	1,25%
2.	Gwarantowany	najniższa klasa ryzyka (1)	bezpieczny profil inwestycyjny	dowolny	2%
3.	Pieniężny	niska klasa ryzyka (2)	niskie ryzyko inwestycyjne	dowolny	1%
4.	Dłużny Aktywnej Selekcji	niska klasa ryzyka (2)	niskie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 2 lata	opłata pośrednia ²
5.	Stabilnego Wzrostu	niska klasa ryzyka (2)	niskie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 2 lata	2,25%
6.	Stabilny Aktywnej Selekcji	niska klasa ryzyka (2)	średnie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 3 lata	opłata pośrednia ²
7.	Zrównoważony	średnio niska klasa ryzyka (3)	średnie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 4 lata	2,75%
8.	Zrównoważony Aktywnej Selekcji	średnio niska klasa ryzyka (3)	średnie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 4 lata	opłata pośrednia ²
9.	Dynamiczny Aktywnej Selekcji	średnio niska klasa ryzyka (3)	wysokie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 5 lat	opłata pośrednia ²
10.	Spółek Dywidendowych	średnio niska klasa ryzyka (3)	wysokie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 5 lat	3%
11.	Międzynarodowy	średnio niska klasa ryzyka (3)	wysokie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 5 lat	2,50%
12.	Akcji	średnia klasa ryzyka (4)	wysokie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 5 lat	3,25%
13.	Dynamiczny	średnia klasa ryzyka (4)	wysokie ryzyko inwestycyjne	minimalnie 5 lat	3,25%

¹ Wskaźnik obliczony zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1286/2014 z dnia 26 listopada 2014 r. w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych.

² Towarzystwo nie pobiera opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym bezpośrednio z aktywów tego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (dalej: UFK). W związku z tym, że aktywa UFK są lokowane w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty funduszy inwestycyjnych, rolę takiej opłaty pełni wynagrodzenie za zarządzanie tymi funduszami inwestycyjnymi pobierane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych (dalej: TFI). Lista funduszy inwestycyjnych, w których jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne były inwestowane środki UFK wraz z wysokością opłat za zarządzanie tymi funduszami inwestycyjnymi, jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa. Z pobranej opłaty za zarządzanie funduszem inwestycyjnym TFI przekazuje Towarzystwu wynagrodzenie w formie świadczenia dodatkowego.

4. DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

- Informacje o zasadach działania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, zasadach tworzenia i umarzania jednostek funduszy, zasadach wyceny jednostek funduszy, w tym: w szczególności wyceny jednostek Funduszu Gwarantowanego, a także limity udziału akcji, dłużnych papierów wartościowych i innych dłużnych instrumentów finansowych podane są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Informacje na temat funduszy oferowanych w ramach umowy ubezpieczenia, w tym informacje o kosztach i ogólnym wskaźniku ryzyka oraz scenariusze dotyczące możliwych wyników, można także znaleźć w Załączniku „Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe” do „Dokumentu zawierającego kluczowe informacje”.
- Inwestycje w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe są związane z ryzykiem inwestycyjnym – wartość jednostek funduszy może ulec zmianie wraz ze zmianą sytuacji na rynkach kapitałowych. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w jednostki funduszy ponoszone jest przez Ubezpieczającego i inną osobę uprawnioną do otrzymania wartości wykupu. Aviva nie zapewnia osiągnięcia określonych wyników, z wyjątkiem Funduszu Gwarantowanego oraz Funduszu Gwarancji Zysku, w przypadku których Aviva gwarantuje uzyskanie określonych stóp zwrotu na zasadach wskazanych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- Aktualne wyniki inwestycyjne można znaleźć na naszej stronie internetowej: www.aviva.pl.

5. TYTUŁY ORAZ WYSOKOŚĆ OPŁAT I KOSZTÓW POBIERANYCH W UMOWIE GŁÓWNEJ (WYSOKOŚĆ OBOWIĄZUJĄCA NA DZIEŃ ZAWARCIA UMOWY):

- opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym** (wskazana w tabeli w pkt 3) – stanowi określony procent wartości aktywów danego funduszu i jest pobierana od całości aktywów; opłata jest uwzględniona w wartości jednostki i nie ma wpływu na liczbę zgromadzonych jednostek funduszu;
- opłata administracyjna tytułem uśrednionych kosztów związanych z administrowaniem umową ubezpieczenia** – jest potrącana z rachunku podstawowego, co miesiąc, w wysokości uzależnionej od częstotliwości opłacania składek: 14,50 zł (składka miesięczna, kwartalna) albo 10 zł (składka półroczna, roczna, ubezpieczenie bezskładkowe);
- opłata początkowa tytułem uśrednionych kosztów początkowych związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia** – jest potrącana z rachunku podstawowego, co miesiąc, przez okres pierwszych 24 miesięcy ubezpieczenia, w wysokości 0,055 proc. sumy ubezpieczenia z początku umowy, przy czym nie może być niższa niż 20 zł ani wyższa niż 100 zł; opłata ma również zastosowanie w przypadku okolicznościowego podwyższenia sumy ubezpieczenia, a wtedy odnosi się do wzrostu sumy ubezpieczenia i jest potrącana przez okres pierwszych 24 miesięcy od podwyższenia sumy ubezpieczenia;

- d. **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – jest potrącany z rachunku podstawowego, co miesiąc, w wysokości obliczanej jako iloczyn:
- miesięcznego wskaźnika kosztu (wysokość wskaźnika zależy od wieku Głównego Ubezpieczonego w dniu potrącenia kosztu, a tabela ze wszystkimi wskaźnikami znajduje się w Wykazie Opłat) oraz
 - różnicy pomiędzy podstawową sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci a bieżącą wartością rachunku podstawowego, jednak nie mniej niż 3 proc. wartości rachunku podstawowego;
- e. **opłata alokacyjna z rachunku podstawowego tytułem uśrednionych kosztów dystrybucyjnych** – jest potrącana 5. dnia po wpłaceniu i zaalokowaniu składki należnej w okresie pierwszych 12 miesięcy ubezpieczenia w wysokości 15 proc. składki; opłata ta ma również zastosowanie w przypadku okolicznościowego podwyższenia sumy ubezpieczenia (oraz towarzyszącego tej zmianie podwyższenia składki), a wtedy odnosi się do wzrostu składki i jest potrącana 5. dnia po wpłaceniu i zaalokowaniu składki należnej w okresie pierwszych 12 miesięcy od podwyższenia sumy ubezpieczenia;
- f. **opłata alokacyjna z rachunku dedykowanego tytułem uśrednionych kosztów dystrybucyjnych** – jest potrącana 5. dnia po wpłaceniu i zaalokowaniu składki na rachunku dedykowanym w wysokości 4 proc. składki.

6. OPŁATY POBIERANE Z TYTUŁU OPERACJI ZLECONYCH PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

- a. **opłata w razie odstąpienia od Umowy Głównej** w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji o wysokości przysługujących świadczeń – wynosi 4 proc. wartości rachunku podstawowego;
- b. **opłata za wykup** jest stosowana w razie rozwiązania umowy przed jej 3. rocznicą lub jeśli nie zostały opłacone wszystkie składki regularne należne za pierwsze 3 lata ubezpieczenia – wynosi 450 zł;
- c. **opłata operacyjna** jest stosowana w przypadku wypłaty częściowej z rachunku podstawowego oraz wypłaty częściowej lub całkowitej z rachunku dedykowanego – wynosi 50 zł;
- d. **opłata za zmianę funduszy:**
- opłata za zmianę udziału funduszy w zgromadzonej wartości rachunku dokonywaną w sposób inny niż przy użyciu narzędzi elektronicznych wskazanych przez Avivę – wynosi 20 zł,
 - wszystkie zmiany funduszy dokonywane przy użyciu narzędzi elektronicznych wskazanych przez Avivę są bezpłatne;
- e. **odsetki** za nieterminową wpłatę składek za umowy dodatkowe: WIBOR 6-miesięczny + 4 punkty proc. (maksymalna stopa procentowa do kalkulacji odsetek).

7. HORYZONT CZASOWY

- a. Umowa Główna: umowa jest zawierana na czas nieokreślony i kończy się z chwilą:
- śmierci Głównego Ubezpieczonego,
 - wypłaty lub wyczerpania się wszystkich zgromadzonych środków lub środków na rachunku podstawowym,
 - nieopłacenia obowiązkowych składek regularnych, gdy ich zawieszenie nie jest możliwe.
- b. Rekomendowany minimalny okres trwania Umowy Głównej to 10 lat, co wynika z jej długoterminowego ochronno-inwestycyjnego charakteru. Horyzont czasowy inwestycji zależy od wybranego sposobu inwestowania, a rekomendowany okres inwestowania środków w poszczególne fundusze wskazany jest w tabeli z wykazem oferowanych funduszy kapitałowych (pkt 3).
- c. Umowy dodatkowe są zawierane na okres wskazany w pkt 8.

8. PODSTAWOWE INFORMACJE O UMOWACH DODATKOWYCH

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje o dodatkowych umowach ubezpieczenia – ich przedmiocie i zakresie ubezpieczenia, przysługujących świadczeniach oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Avivy.

Zwracamy uwagę, że pełne informacje o danej dodatkowej umowie ubezpieczenia, w tym dotyczące wszystkich ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Avivy, znajdują się w warunkach ogólnych tej umowy, które są dostępne na naszej stronie internetowej: www.aviva.pl.

Każda umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako umowa dodatkowa do Umowy Głównej. Partner Głównego Ubezpieczonego oraz dzieci Głównego Ubezpieczonego mogą zostać objęci ochroną z tytułu umów dodatkowych zgodnie ze wskazaniem w poniższej tabeli, o ile są objęci ochroną w ramach Dodatkowych Umów Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

Czas trwania umów dodatkowych

Umowy dodatkowe są zawierane na 1 rok.

Wyjątkiem jest Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie dla Głównego Ubezpieczonego i jego partnera, która jest zawierana na 5 lat. Główny Ubezpieczony może zawrzeć tę umowę najwcześniej po 3 latach trwania Umowy Głównej.

Umowy dodatkowe są zawierane na kolejne, odpowiednio roczne albo pięcioletnie okresy, na podstawie oferty przedstawionej przez Avivę, zgodnie z zasadami opisanymi w warunkach ogólnych.

Ochrona z tytułu umowy dodatkowej zawartej na rzecz Ubezpieczonego kończy się w związku z:

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

Opłacanie składek za umowy dodatkowe

Składki za umowy dodatkowe są opłacane łącznie ze składką za Umową Główną.

Opis umów dodatkowych

Poniższy opis umów dodatkowych został przygotowany na podstawie warunków ogólnych wskazanych we wniosku ubezpieczeniowym.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje poważne zachorowania Ubezpieczonego wskazane w warunkach ogólnych:

- 45 poważnych zachorowań dla osób dorosłych, np. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), schyłkowa niewydolność nerek, przeszczep narządów,
- 20 poważnych zachorowań dla dzieci, np. nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, cukrzyca typu 1 (insulinozależna), łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe:

- 100% sumy ubezpieczenia - w przypadku każdego poważnego zachorowania, z wyjątkiem nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym,
- 10% sumy ubezpieczenia - w przypadku nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym.

Ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej kończy się w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania skutkującego wypłatą 100% sumy ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- poważnego zachorowania, jeżeli Ubezpieczony zmarł w ciągu 30 dni od jego wystąpienia,
- poważnego zachorowania, które wystąpiło w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej umowy dodatkowej i nie było następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- zachorowania na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, jeżeli w okresie 12 miesięcy poprzedzających to zachorowanie miało miejsce zachorowanie na inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, w związku z którym Aviva wypłaciła świadczenie,
- zachorowania na nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym o tym samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym ani dotyczącego tego samego narządu lub organu (lub drugiego takiego samego narządu lub organu w przypadku narządów położonych symetrycznie) co inny nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, w związku z którym Aviva wypłaciła świadczenie.

W razie wystąpienia poniższego poważnego zachorowania świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli to zachorowanie wystąpiło w okresie 5 lat, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia w pierwszej umowie dodatkowej i jednocześnie przed rozpoczęciem ochrony z jej tytułu u Ubezpieczonego zdiagnozowano:

- nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę - w przypadku udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
- chorobę niedokrwinną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę - w przypadku zawału serca,
- chorobę niedokrwinną serca - w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w szczególności:

- ! w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz Ubezpieczonego podczas pobytu w szpitalu, a także okoliczności skutkujące wypłatą świadczenia ryczałtowego. Zakres ubezpieczenia może obejmować, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego, okoliczności skutkujące wypłatą świadczenia lekowego. Postępowania medyczne oraz okoliczności skutkujące wypłatą dodatkowych świadczeń są wskazane w Wykazie postępowania medycznych (załącznik do warunków ogólnych).

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Kwota świadczenia zależy od rodzaju przeprowadzonego postępowania medycznego oraz Poziomu świadczeń zgodnego z wyborem Ubezpieczającego i jest wskazana w Wykazie postępowania medycznych.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- postępowania medycznych przeprowadzonych podczas pobytu w szpitalu, który rozpoczął się w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej umowy dodatkowej (ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych związanych z nieszczęśliwym wypadkiem),
- postępowania medycznych przeprowadzonych podczas pobytu w oddziale rehabilitacyjnym,
- postępowania medycznego, jeżeli we wcześniejszym okresie ostatnich maksymalnie 5 lat Ubezpieczony przebywał w szpitalu w związku z takim samym postępowaniem medycznym lub w związku z postępowaniem medycznym związanym z leczeniem tej samej choroby z zastosowaniem takiej samej metody leczenia (w rozumieniu warunków ogólnych) i tytułem tych postępowania Aviva wypłaciła świadczenie ubezpieczeniowe (ograniczenie to nie dotyczy postępowania medycznych związanych z nieszczęśliwym wypadkiem),
- postępowania medycznych po przekroczeniu limitu wypłat wskazanego w Wykazie postępowania medycznych.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzono w szczególności:

- ! w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy lub w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem alkoholu, leków, narkotyków, innych substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! w związku z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym lub wadą wrodzoną,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność do pracy rozumianą jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała, trwająca nieprzerwanie 12 miesięcy i po zakończeniu tego okresu mająca charakter trwały i nieodwracalny. Okres trwania niezdolności do pracy musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia. Ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej kończy się w związku z wystąpieniem niezdolności do pracy.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy ani takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła w szczególności:

- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Składki

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje niezdolność Ubezpieczonego do pracy rozumianą jako całkowita, trwająca nieprzerwanie przynajmniej 6 miesięcy niezdolność do wykonywania działalności zarobkowej zgodnej z jego wykształceniem bądź umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub wykonywania działalności zarobkowej. Okres trwania niezdolności do pracy musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Spełnienie świadczenia następuje poprzez potrącenie wierzytelności Ubezpieczonego o zapłatę tego świadczenia z wierzytelności Avivy o zapłatę składek regularnych należnych Avivie w opisanym poniżej okresie, co powoduje ich wzajemne umorzenie. Oznacza to, że z chwilą uznania przez Avivę roszczenia o zapłatę tego świadczenia, Ubezpieczający nie ma obowiązku zapłaty składek regularnych za Umowę Główną (bez składek przeznaczonych na rachunki dedykowane) oraz składek za umowy dodatkowe, należnych w okresie od upływu sześciomiesięcznej niezdolności do pracy aż do jej zakończenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez Ubezpieczonego 67 lat.

Ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej kończy się w związku ze zmianą Ubezpieczającego.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje częściowej niezdolności do pracy ani niezdolności do pracy krótszej niż 6 miesięcy.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie spełnione, jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła w szczególności:

- ! w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, pod warunkiem że jest również Ubezpieczającym.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w ciągu 180 dni od zajścia tego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje przypadku śmierci Ubezpieczonego, która nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, ani śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku po upływie 180 dni od jego wystąpienia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia w razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskazane w Tabeli kalectwa (załącznik do warunków ogólnych), powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku nie później niż w ciągu 180 dni od tego wypadku, np. obustronna utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kości, oparzenie skóry, uszkodzenie narządu wewnętrznego, zgodnie z definicją w Tabeli kalectwa.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe iloczynowi sumy ubezpieczenia oraz odpowiedniego procentu kalectwa orzeczonego na podstawie Tabeli kalectwa. Łączna kwota wszystkich świadczeń wypłacanych w związku z umową dodatkową nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje uszkodzeń ciała:

- po wypłacie 100% sumy ubezpieczenia,
- niespodzowanych nieszczęśliwym wypadkiem albo powstałych po upływie 180 dni od tego wypadku,
- w sytuacji, gdy Ubezpieczony zmarł w ciągu 180 dni na skutek nieszczęśliwego wypadku, który spowodował uszkodzenia ciała.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w życiu Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia zależy od Wariantu ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego i może objąć następujące, zdefiniowane w warunkach ogólnych, zdarzenia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku:

- śmierć, która nastąpiła w ciągu 180 dni od zajścia tego wypadku,
- trwałe uszczerbek na zdrowiu wskazany w Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (załącznik do warunków ogólnych), który powstał w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- koszty leczenia Ubezpieczonego na terenie Polski, poniesione w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku, do których należą koszty: wizyt lekarskich, badań, pobytu w szpitalu, zabiegów, operacji, znieczulenia, przewiezienia do placówki medycznej (w tym wezwania karetki pogotowia), nabycia leków dostępnych wyłącznie na receptę, nabycia środków opatrunkowych,
- koszty rehabilitacji poniesione w ciągu 24 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w ciągu 12 miesięcy od zajścia tego wypadku,
- niezdolność do pracy rozumianą jako całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się w ciągu 36 miesięcy od tego wypadku, trwa nieprzerwanie 12 miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny.

Standardowy zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o opcję sportową, polegającą na objęciu Ubezpieczonego ochroną również w trakcie uprawiania aktywności wskazanych w warunkach ogólnych, pod warunkiem że nie stanowi to działalności zarobkowej. Rozszerzenie zakresu obejmuje wskazane aktywności stanowiące wyczynowe uprawianie sportu, a także wskazane aktywności zaliczane do zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, o ile nie są one uprawiane w ramach wyczynowego ani zawodowego uprawiania sportu.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe odpowiedniemu procentowi sumy ubezpieczenia, wskazanemu w warunkach ogólnych, którego wysokość zależy od rodzaju zdarzenia i wybranego Wariantu ubezpieczenia, a ponadto w przypadku:

- trwałego uszczerbku na zdrowiu – od wysokości procentu uszczerbku na zdrowiu orzeczonego na podstawie Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- kosztów leczenia i kosztów rehabilitacji – od kwoty poniesionych kosztów, udokumentowanych oryginałami faktur lub rachunków,
- pobytu w szpitalu – od długości tego pobytu.

Łączna kwota wszystkich świadczeń wypłacanych w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wybrano Wariant III, limit ten wynosi 300% sumy ubezpieczenia i nie obejmuje świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

- częściowej niezdolności do pracy,
- niezdolności do pracy krótszej niż 12 miesięcy ani takiej, która nie ma charakteru trwałego i nieodwracalnego,
- kosztów operacji plastycznych,
- zdarzeń, które nie były spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem albo powstały po upływie okresów wskazanych powyżej,
- leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

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

- ! w związku ze spożyciem alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy,
- ! w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa,
- ! w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu lub udziałem w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- ! w związku z działalnością zarobkową lub zawodowym uprawianiem sportu, o których Aviva nie została poinformowana, a które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, jego partner i jego dzieci (dzieci nie są objęte ochroną w razie niezdolności do pracy).

Dodatkowa Umowa Terminowego Ubezpieczenia na Życie

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie

Świadczenie jest równe 100% sumy ubezpieczenia.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć nastąpiła w szczególności w związku z samobójstwem w okresie 24 miesięcy od zawarcia pierwszej umowy dodatkowej.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony (po 3 latach trwania Umowy Głównej), a dodatkowo jego partner i jego dzieci.

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

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

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

Suma ubezpieczenia i świadczenie

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

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

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

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje:

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

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

Aviva nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia będące w szczególności skutkiem:

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

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

Kto może być objęty ochroną?

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

Dodatkowa Umowa Ubezpieczenia MEDISERVICE

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie zagranicznej powtórnej opinii medycznej (Inter-Consultation) dotyczącej osoby bliskiej (Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego, dziecka Ubezpieczonego), o ile w czasie ochrony postawiono jej diagnozę lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia leczenia operacyjnego w związku z którymkolwiek z wymienionych w warunkach ogólnych stanów chorobowych lub uszkodzeń ciała (np. nowotwór złośliwy, udar mózgu, łagodny nowotwór mózgu, przeszczep narządu, zawał serca). Zagraniczna powtórna opinia medyczna to sporządzona przez eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej.

Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie specjalistycznej informacji medycznej eksperta (AskTheExpert) w przypadku wystąpienia u osoby bliskiej innego niż wymienione w warunkach ogólnych stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, wymagającego specjalistycznego leczenia. Specjalistyczna informacja medyczna to ogólna informacja o stanie zdrowia lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez eksperta.

Ponadto, zakres ubezpieczenia obejmuje dostęp do internetowej platformy informacyjnej (AskBestDoctors), na której Ubezpieczony lub współmałżonek mogą on-line wypełnić i złożyć wnioski o uruchomienie usługi zagranicznej opinii lekarskiej, przeglądać przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w bibliotece video on-line.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie w szczególności nie obejmuje sporządzenia zagranicznej powtórnej opinii medycznej ani specjalistycznej informacji medycznej eksperta, jeżeli stan chorobowy lub uszkodzenie ciała miały miejsce w ciągu pierwszych 90 dni ochrony z tytułu pierwszej umowy dodatkowej i nie były następstwem nieszczęśliwego wypadku.

Jakie są istotne ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

W szczególności Aviva nie ponosi odpowiedzialności:

- w przypadku, gdy przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania zagranicznej powtórnej opinii medycznej lub specjalistycznej informacji medycznej eksperta jest: ostry i krótkotrwały stan chorobowy, choroba przewlekła o lekkim przebiegu, zaburzenie psychiczne lub problem stomatologiczny,
- w czasie pobytu osoby bliskiej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem zagranicznej powtórnej opinii medycznej lub specjalistycznej informacji medycznej eksperta, do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu,
- w przypadku, gdy stan chorobowy osoby bliskiej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie,
- 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.

Kto może być objęty ochroną?

Ochroną może być objęty Główny Ubezpieczony, a dodatkowo jego partner.

Niniejszy dokument wszedł w życie 27 lipca 2019 roku.