

Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczenia Nowa Perspektywa

Pakiet Medyczny „Bądź Zdrow”



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW” PMED/NPER/1/2010

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 S.A. 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) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; 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;
 - 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) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 4) **identyfikator** – imienna karta identyfikacyjna opatrzona unikalnym numerem wydawana przez Towarzystwo w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną 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 jakiejkolwiek 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) **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;
 - 8) **świadczeniodawca** – podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania na rzecz ubezpieczonego usług zdrowotnych wymienionych w Wykazie Usług Medycznych;
 - 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia i zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 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 umowy ubezpieczenia;
 - 12) **Wykaz Usług Medycznych** – załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiący ich integralną część, zawierający spis usług zdrowotnych udostępnianych w ramach poszczególnych wariantów ubezpieczenia wraz z maksymalnym czasem oczekiwania na wykonanie wybranych usług.
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 dzieci, 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. 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 spowodowane lub związane pośrednio albo bezpośrednio z okolicznościami przedstawionymi poniżej, przy czym okoliczności wymienione w pkt 1 i 2 dotyczą śmierci ubezpieczonego, okoliczności wymienione w pkt od 2 do 6 dotyczą niezdolności

ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz okoliczności wymienione w pkt od 2 do 14 dotyczą wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej:

- 1) samobójstwem ubezpieczonego, popełnionym w okresie 12 (dwunastu) miesięcy od daty zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, działaniami zbrojnymi lub zamieszkami albo świadomym i dobrowolnym uczestnictwem ubezpieczonego w innych aktach przemocy,
- 3) spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
- 4) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
- 5) wypadkiem statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z zastrzeżeniem, że wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
- 6) udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych, lotniczych, motorowodnych, motorowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping) albo udziałem w wyścigach samochodowych lub motorowych,
- 7) chorobami psychicznymi ubezpieczonego, zaburzeniami lub innymi zakłóceniami czynności psychicznych ubezpieczonego,
- 8) zażyciem przez ubezpieczonego niezaordynowanych przez lekarza leków lub ich zażyciem niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, a także uczestnictwem ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, stosowaniem metod leczenia nieznanymi naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
- 9) AIDS lub schorzeniami związanymi z tą chorobą, chorobą Alzheimera, zabiegiem aborcji, ciążą wysokiego ryzyka lub ciążą, o ile wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym, komplikacje porodu,
- 10) diagnozowaniem i leczeniem niepłodności ubezpieczonego oraz zabiegiem zmiany płci ubezpieczonego,
- 11) leczeniem protetycznym ubezpieczonego, ortodontycznym lub z zakresu chirurgii szczękowej, a także leczeniem, zabiegami i operacjami ubezpieczonego z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
- 12) leczeniem kuracyjnym, sanatoryjnym i uzdrowiskowym oraz rehabilitacją ubezpieczonego, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,

- 13) leczeniem odwykowym, zabiegami i kuracjami odwykowymi ubezpieczonego,
 - 14) pełnieniem 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 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, inna osoba fizyczna wskazana 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 tych ubezpieczonych, 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 nieuregulowanym 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 przed rocznicą ubezpieczenia.
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 dodatkowej 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia. Postanowienie to nie ma zastosowania w przypadku śmierci ubezpieczonego po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
10. 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 polisie.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy. W przypadku pierwszej dodatkowej

umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może przedłużyć ten okres o rok, to znaczy do dnia poprzedzającego 2 (drugą) rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3. Z zastrzeżeniem ust. 4, 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.
4. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki i nie dłużej niż do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 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 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 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. 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 wcześ-

niej 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, a następnie – jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 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 wskazanej w § 4 ust. 2 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 stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 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. ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące odstąpienia od głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie wskazanej w § 4 ust. 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia tam wskazanej.
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 tam wskazanej,

- 5) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,
- 6) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie wskazanej w § 4 ust. 2 – tylko w przypadku dodatkowej umowy ubezpieczenia tam wskazanej,
- 7) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 8) 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 dnia 23 kwietnia 2010 roku i weszły w życie 1 czerwca 2010 roku.

Spis treści

§ 1. Definicje	1
§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
§ 3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa	3
§ 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia	5
§ 5. Okres ubezpieczenia	6
§ 6. Świadczenie ubezpieczeniowe	7
§ 7. Składka ubezpieczeniowa	7
§ 8. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	8
§ 9. Realizacja usług zdrowotnych	9
§ 10. Rozwiązanie i odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia	9
§ 11. Postanowienia końcowe	10
§ 12. Załączniki	10



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa
infolinia: 0 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl