Ogólne warunki umowy dodatkowej do ubezpieczeń:
Perspektywa, Plus i Uniwersalnego

Ubezpieczenie Świadczenia Szpitalnego Na Zdrowie

AVIVA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE" ZD/J/4/2007

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie:

1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,

2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,

3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

§ 1.
DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia 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) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie, o której mowa na wstępie niniejszych ogólnych warunków;

   2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków;

   3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;

   4) **zdarzenie ubezpieczeniowe** –
      a) postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, wskazane w części I wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków;
      b) postępowanie medyczne związane z odbyciem porodu w warunkach szpitalnych, zwane dalej „hospitalizacją związaną z porodem" wskazane w części II wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków;

c) trwająca dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacja ubezpieczonego, mająca na celu leczenie choroby bądź urazu ubezpieczonego, podczas której nie zostało przeprowadzone żadne postępowanie medyczne, o którym mowa w ppkt. a i b, jak również nie nastąpiło leczenie choroby bądź urazu wymienionych w części I i II wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych warunków ogólnych w sposób tam opisany;

5) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania;

6) **szpital** - zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego – określenie to nie obejmuje jednak domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych, uzdrowiskowych ani wypoczynkowych;

7) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz ubezpieczonego, które wymagały stosowania leków, wykonywania badań lub korzystania z porad lekarskich przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 2;

8) **limit wypłat** – maksymalna kwota świadczeń, jakie mogą być łącznie wypłacone z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia; limit wypłat określony jest w wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków;

9) **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, z zastrzeżeniem definicji wskazanej w pkt 10;

10) **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. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym stosowane są w niniejszych ogólnych warunkach zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki, na których podstawie została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.
ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz osoby, która ukończyła 18 (osiemnaście) lat, lecz nie ukończyła 60 (sześćdziesiątego) roku życia w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rzecz każdej osoby określonej w głównej umowie ubezpieczenia jako ubezpieczony lub współubezpieczony.

3. W tym samym czasie dana osoba może być objęta ochroną wyłącznie na podstawie jednej umowy dodatkowej zawartej na jej rzecz. W razie zawarcia kilku umów dodatkowych na rzecz jednej osoby, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w okresie równocześnie udzielanej z tytułu tych umów ochrony ubezpieczeniowej danemu ubezpieczonemu, ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie jednej umowy dodatkowej wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia. Składka ubezpieczeniowa zapłacona z tytułu pozostałych umów dodatkowych podlega zwrotowi.

4. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.

5. Ubezpieczający wskazuje w ofercie wybrany poziom świadczeń. Poziomy świadczeń różnią się wysokością świadczeń, wysokością składki i limitem wypłat. W razie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu hospitalizacji związanej z porodem oraz niekontynuowania umowy dodatkowej w trybie określonym w § 12, a następnie złożenia przez ubezpieczającego kolejnej

oferty zawarcia umowy dodatkowej, możliwe jest wskazanie wyłącznie najwyższego poziomu świadczeń, chyba że od pierwszego dnia tej hospitalizacji do dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie powyższej umowy dodatkowej upłynęły 24 (dwadzieścia cztery) miesiące nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych.

6. Oferta zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:

   1) wniosek wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w formularzu wniosku – zupełny,

   2) do wniosku został dołączony dowód zapłacenia pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej.

7. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

8. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie o przyjęciu oferty.

§ 3.
RYZYKO UBEZPIECZENIOWE I JEGO WPŁYW NA WARUNKI UMOWY

1. Jeżeli oferta zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia jest składana jednocześnie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo ocenia ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie okoliczności dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego podanych we wniosku o zawarcie umowy głównej oraz innej dokumentacji znajdującej się w posiadaniu Towarzystwa.

2. Jeżeli oferta zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia jest składana później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony może według własnego wyboru udzielić odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia albo zrezygnować z ich udzielenia, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Ubezpieczony nie może zrezygnować z udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, jeżeli:

   1) kiedykolwiek był objęty ochroną na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia i uległa ona rozwiązaniu z innych przyczyn niż upływ okresu, na jaki została zawarta lub nie była kontynuowana w trybie określonym w § 12,

lub

2) przy zawieraniu jakiejkolwiek umowy ubezpieczenia ocena ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na życie spowodowała wzrost opłaty za to ryzyko ponad jej wysokość standardową, zmianę miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej lub odmowę zawarcia umowy.

4. Jeżeli ubezpieczony udziela odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, Towarzystwo ocenia ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie okoliczności podanych we wniosku o zawarcie tej umowy oraz innej dokumentacji znajdującej się w posiadaniu Towarzystwa.

5. Jeżeli ubezpieczony rezygnuje z udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, Towarzystwo nie dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ubezpieczony we wniosku o zawarcie tej umowy składa oświadczenie, że został poinformowany i jest świadomy wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa za zdarzenia ubezpieczeniowe spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi przed zawarciem umowy dodatkowej.

6. Jeżeli ujawnione okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego będą w opinii Towarzystwa zwiększały prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo może w umowie dodatkowej wyłączyć na czas oznaczony lub nieoznaczony odpowiedzialność z tytułu określonych zdarzeń ubezpieczeniowych (warunki specjalne).

7. Warunki specjalne i zasady ich uchylenia – o ile są przewidziane - określone są dokumencie ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli zawarcia umowy na warunkach odbiegających od treści złożonej oferty. Warunki specjalne zachowują ważność w dodatkowych umowach ubezpieczenia kontynuowanych w trybie określonym w § 12 do daty ich zniesienia.

8. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia nie jest dokonywana w razie jej kontynuacji w trybie określonym w § 12.

§ 4.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach oraz zawartej na ich podstawie umowie dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki, i trwa do dnia rozwiązania umowy dodatkowej.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku, z możliwością jej zawarcia na kolejne okresy roczne (kontynuacja).

3. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 8:

   1) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie umowy dodatkowej rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą ubezpieczenia, umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia drugiej rocznicy ubezpieczenia następującej po dniu zawarcia umowy dodatkowej,

   2) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie umowy dodatkowej rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą ubezpieczenia, umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia następującej po dniu zawarcia umowy dodatkowej.

§ 5.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-6, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdarzeń ubezpieczeniowych, którymi są:

   1) postępowanie medyczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, wskazane w części I wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków;

   2) postępowanie medyczne związane z odbyciem porodu w warunkach szpitalnych, zwane dalej „hospitalizacją związaną z porodem", wskazane w części II wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków;

   3) trwająca dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacja ubezpieczonego, mająca na celu leczenie choroby bądź urazu ubezpieczonego, podczas której nie zostało przeprowadzone żadne postępowanie medyczne, o którym mowa w pkt. 1 i 2, jak również nie nastąpiło leczenie choroby bądź urazu wymienionych w części I i II wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych warunków ogólnych w sposób tam opisany.

2. W ciągu pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni trwania ochrony ubezpieczeniowej odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczeń z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, które nastąpiły w tym okresie, będących następstwami nieszczęśliwych wypadków. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, gdy umowa dodatkowa została zawarta jako kontynuacja w trybie określonym w § 12.

3. Świadczenie z tytułu hospitalizacji związanej z porodem może zostać wypłacone, jeżeli pierwszy dzień tej hospitalizacji nastąpił po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych, a w tym okresie obowiązywał najwyższy poziom świadczeń.

4. W okresie 5 (pięciu) lat od pierwszego dnia hospitalizacji, w trakcie której miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1 i 3, skutkujące obowiązkiem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za takie samo zdarzenie, które nastąpiło w tym okresie. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

5. Za takie samo zdarzenie uważa się:

   1) w odniesieniu do zdarzeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1 – postępowanie medyczne zastosowane do określonej choroby, urazu bądź mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego, wskazane w tej samej pozycji części I wykazu stanowiącego załącznik do niniejszych ogólnych warunków;

   2) w odniesieniu do zdarzeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3 – hospitalizację spowodowaną leczeniem tej samej co uprzednio choroby bądź urazu, z zastosowaniem tej samej metody leczenia.

6. W razie zmiany na wyższy poziom świadczeń, zgodnie z § 12 ust. 3, za zdarzenia ubezpieczeniowe, które nastąpiły w ciągu pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni trwania zmienionej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaca świadczenia w wysokości obowiązującej przed dokonaniem zmiany. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

7. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych odpowiadających poszczególnym zdarzeniom ubezpieczeniowym określona jest w wykazie stanowiącym załącznik do niniejszych ogólnych warunków.

§ 6.
OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z:

   1) leczeniem przez ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu,

   2) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowej,

   3) chorobą ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, chorobą psychiczną lub umysłową ubezpieczonego, wadą wrodzoną ubezpieczonego, chorobą wywołaną u ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV,

4) koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego ubezpieczonego,

5) celowym samookaleczeniem ciała przez ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia przez niego samobójstwa (nawet w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności),

6) pozostawaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza,

7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,

8) nieuzasadnionym nieskorzystaniem przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich,

9) wypadkiem statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy przebywał on na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,

10) aktami terroryzmu, jakimikolwiek działaniami wojennymi, zbrojnymi lub zamieszkami,

11) świadomym i dobrowolnym uczestnictwem ubezpieczonego w innych aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,

12) wyczynowym bądź zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego,

13) udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych, motorowych, motorowodnych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),

14) klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane lub związane z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u ubezpieczonego przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli nieprawidłowości zdrowotne były znane Towarzystwu i w drodze kontroferty nie zostały wprowadzone warunki specjalne wyłączające hospitalizacje związane z leczeniem tych nieprawidłowości lub ich następstw z odpowiedzialności Towarzystwa lub w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielnej na podstawie pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych, ubezpieczony w związku z daną chorobą lub urazem nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonywania badań lub przyjmowania leków.

§ 7.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest zgodnie z taryfą składek obowiązującą w chwili złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy dodatkowej, z uwzględnieniem wieku ubezpieczonego i jego płci oraz wybranego przez ubezpieczającego poziomu świadczeń ubezpieczeniowych i częstotliwości opłacanej składki.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu umowy dodatkowej płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

3. Pierwsza składka należna z tytułu umowy dodatkowej płatna jest wraz ze złożeniem oferty jej zawarcia.

4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo dokona zwrotu składki proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia, przy czym rozpoczęty miesiąc okresu ubezpieczenia uważa się za wykorzystany. W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, z kwoty podlegającej zwrotowi Towarzystwo potrąca koszty manipulacyjne w wysokości 15 proc. (piętnastu procent) tej kwoty.

5. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo w ramach dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.

6. Skutki nieopłacenia składek z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia ich po upływie tego terminu reguluje aneks do głównej umowy ubezpieczenia.

§ 8.
OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO LUB UBEZPIECZONEGO

1. Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać od ubezpieczonego zaświadczeń i wyników badań potwierdzających jego stan zdrowia, a także zażądać, aby ubezpieczony poddał się na koszt Towarzystwa badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Postanowienia zdania poprzedzającego nie stosuje się, jeżeli ubezpieczonemu przysługuje prawo rezygnacji z udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące jego stanu zdrowia, zgodnie z § 3 ust. 2 i ust. 3 lub umowa dodatkowa jest zawierana w trybie kontynuacji określonym w § 12.

2. Ubezpieczający lub ubezpieczony są zobowiązani powiadomić Towarzystwo telefonicznie, pisemnie lub drogą elektroniczną o zamiarze poddania się hospitalizacji, a jeżeli jest to niemożliwe – niezwłocznie po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej wcześniejsze powiadomienie.

§ 9.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść te zarzuty również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§10.
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych następuje po dostarczeniu Towarzystwu:

   1) pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,

   2) kserokopii skierowania do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania,

   3) kserokopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego poświadczonej przez szpital,

   4) historii choroby, wyników badań, dokumentacji medycznej związanej z wcześniejszymi pobytami ubezpieczonego w szpitalu i innych dokumentów, jeżeli Towarzystwo ich zażąda.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest ubezpieczonemu. W razie śmierci ubezpieczonego w trakcie hospitalizacji, świadczenie wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach umowy głównej uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

3. Jeżeli w trakcie jednej hospitalizacji miało miejsce więcej niż jedno zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt. 1, Towarzystwo wypłaci 100 proc. świadczenia należnego za zdarzenie, z tytułu którego świadczenie jest najwyższe oraz 50 proc. pozostałych świadczeń.

4. Kwota świadczeń ubezpieczeniowych wypłaconych z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie obowiązywania umowy dodatkowej nie może być wyższa niż limit wypłat określony dla tej umowy.

§ 11.
ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:

   1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia,

   2) dokonanego przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania,

   3) ukończenia przez ubezpieczonego 65. (sześćdziesiątego piątego) roku życia,

4) zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej, która nie została zawarta w trybie określonym w § 12 ust. 1 i ust. 2,

5) przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

6) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,

7) uznania przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki,

8) upływu okresu, na jaki została zawarta.

2. Umowa dodatkowa rozwiązuje się:

1) z następnym dniem po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,

2) z najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przypadającym po dniu wypowiedzenia umowy – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, a jeżeli pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym – z ostatnim dniem takiego miesiąca kalendarzowego,

3) z dniem nastąpienia zdarzeń skutkujących rozwiązaniem umowy dodatkowej – w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 3-6,

4) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej, której zapłacenie nie jest konieczne z powodu uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 7,

5) z końcem ostatniego dnia okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta – w przypadku, o którym mowa w pkt 8.

§ 12.
KONTYNUACJA UMOWY DODATKOWEJ

1. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie kolejnej umowy dodatkowej i określić warunki udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach nowej umowy dodatkowej, przy czym Towarzystwo zobowiązuje się, że:

1) w każdym przypadku zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie umowy dodatkowej, chyba że Towarzystwo podjęło decyzję o zaprzestaniu zawierania takich umów,

2) wysokość składki ubezpieczeniowej zostanie ustalona zgodnie z zasadami określonymi w § 7 ust. 1, z zastosowaniem taryfy składek obowiązującej w chwili sporządzania oferty, o której mowa powyżej,

3) limit wypłat, o którym mowa w § 10 ust. 4, zostanie ustalony zgodnie z limitem wypłat określonym w wykazie stanowiącym załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia, na których podstawie są zawierane umowy dodatkowe w chwili sporządzania oferty, o której mowa powyżej.

2. Jeżeli ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty Towarzystwa najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, uważa się, że kolejna umowa dodatkowa została zawarta zgodnie z treścią oferty Towarzystwa, z dniem następującym po dniu, w którym upłynął termin wniesienia sprzeciwu. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na zmianę wybranego poziomu świadczeń w kolejnej umowie dodatkowej, o której mowa w ust. 1. Żądanie ubezpieczającego nie podlega rozpoznaniu, jeżeli zostanie złożone później niż 30 (trzydzieści) dni przed upływem okresu, na jaki dotychczasowa umowa dodatkowa została zawarta. Uprawnienie do obniżenia najwyższego poziomu świadczeń nie przysługuje w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie pierwszej lub kolejnych umów dodatkowych, licząc od pierwszego dnia hospitalizacji związanej z porodem.

§ 13.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach stosuje się postanowienia ogólnych warunków wymienionych na wstępie, na których podstawie została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie" zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 13 września 2007 r. i weszły w życie 16 października 2007 r.

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Spis treści

§ 1. Definicje 1
§ 2. Zawarcie umowy dodatkowej 3
§ 3. Ryzyko ubezpieczeniowe i jego wpływ na warunki umowy 4
§ 4. Okres ubezpieczenia 5
§ 5. Ochrona ubezpieczeniowa 6
§ 6. Ograniczenia odpowiedzialności 7
§ 7. Składka ubezpieczeniowa 9
§ 8. Obowiązki ubezpieczającego lub ubezpieczonego 9
§ 9. Skutki podania nieprawdziwych informacji 10
§ 10. Wypłata świadczeń 10
§ 11. Rozwiązanie umowy dodatkowej 10
§ 12. Kontynuacja umowy dodatkowej 11
§ 13. Postanowienia końcowe 12

Ty i Twoja rodzina | Twoje zdrowie | Twoja emerytura

Twoje inwestycje | Twój majątek | Twoja firma

120023/GR/0511/5000

AVIVA

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl