

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE” (ZD/NPER/4/2016)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
 - 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – 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;
 - 3) **dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenie)** – dodatkowe zdarzenie wskazane w Wykazie postępowań medycznych, związane z postępowaniem medycznym przeprowadzonym na rzecz ubezpieczonego; wyróżnia się dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe (dodatkowe zdarzenia) typu 1 i typu 2;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym oraz oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
 - 6) **nieprawidłowości zdrowotne występujące przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia** – każda choroba lub uraz ubezpieczonego, które zostały zdiagnozowane lub wymagały stosowania leków, wykonywania badań, korzystania z porad lekarskich przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 7) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
 - 8) **postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego (postępowanie medyczne)** – postępowanie medyczne wskazane w Wykazie postępowań medycznych przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w trakcie jego hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej; wyróżnia się następujące rodzaje postępowań medycznych:
 - a) postępowanie medyczne typu A lub typu B – postępowanie medyczne zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia,
 - b) postępowanie medyczne typu C – postępowanie medyczne związane z odbyteciem przez ubezpieczonego porodu w warunkach szpitalnych,
 - c) postępowanie medyczne typu D – postępowanie medyczne przeprowadzone podczas trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacji, mające na celu leczenie choroby bądź urazu ubezpieczonego, podczas której nie przeprowadzono żadnego z postępowań medycznych typu A lub B lub C;
 - 9) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz ubezpieczonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
 - 10) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 2;
 - 11) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu dodatkowego zdarzenia typu 1;
 - 12) **świadczenie ubezpieczeniowe (świadczenie)** – świadczenie z tytułu postępowania medycznego, świadczenie lekowe lub świadczenie ryczałtowe;
 - 13) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 14) **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;
 - 15) **Wykaz postępowań medycznych** – Wykaz postępowań medycznych stanowiący załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 16) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 17) **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;
 - 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane 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 zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w dodatkowej umowie ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia typu 1. Zakres ubezpieczenia może także obejmować dodatkowe zdarzenia typu 2.
3. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego w razie przeprowadzenia postępowania medycznego na rzecz ubezpieczonego w trakcie jego hospitalizacji rozpoczętej w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego typu A lub B Towarzystwo wypłaci również świadczenie ryczałtowe lub lekowe, jeżeli w czasie nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej liczonej od przeprowadzenia tego postępowania medycznego wystąpiło określane dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe, przy czym wypłata świadczenia lekowego nastąpi, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje dodatkowe zdarzenia typu 2.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu postępowania medycznego ubezpieczonego może otrzymać co najwyżej po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu każdego dodatkowego zdarzenia oraz jedno świadczenie lekowe.
6. Jeżeli podczas jednej hospitalizacji przeprowadzono na rzecz ubezpieczonego więcej niż jedno postępowanie medyczne spośród wymienionych w Wykazie postępowań medycznych jako postępowanie medyczne typu A, B i C, wtedy zostanie wypłacone to świadczenie ubezpieczeniowe, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu postępowania medycznego, a ponadto 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) najwyższego z pozostałych świadczeń z tytułu postępowania medycznego. Niezależnie od powyższego zostanie również wypłacone tylko to świadczenie ryczałtowe lub lekowe, które jest powiązane z tym postępowaniem medycznym typu A lub B przeprowadzonym na rzecz ubezpieczonego, za które należne jest najwyższe świadczenie z tytułu postępowania medycznego, przy czym świadczenie lekowe zostanie wypłacone, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje dodatkowe zdarzenia typu 2.
7. Jeżeli podczas jednej hospitalizacji przeprowadzono na rzecz ubezpieczonego więcej niż jedno postępowanie medyczne typu D, wtedy zostanie wypłacone jedno świadczenie z tytułu postępowania medycznego tego typu.
8. Łączna kwota świadczeń z tytułu postępowań medycznych oraz świadczeń ryczałtowych i lekowych, wypłacanych w związku ze wszystkimi postępowaniami medycznymi na rzecz ubezpieczonego przeprowadzonymi w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem danej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie może być wyższa niż limit wyplat obowiązujący dla tej umowy wskazany w Wykazie postępowań medycznych.
9. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego typu B lub C jest należne, o ile hospitalizacja z nim związana rozpoczęła się po pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesiącach nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, a w przypadku postępowań medycznych typu C dodatkowo w okresie tym obowiązywał najwyższy poziom świadczeń ubezpieczeniowych.

§ 3. OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego przeprowadzono:
 - 1) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków, które były przyczyną zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w związku z leczeniem u ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu lub w związku z chorobą ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, wadą wrodzoną ubezpieczonego, wirusowym zapaleniem wątroby lub w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego lub na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV,
 - 3) w związku z celowym samookaleczeniem ciała przez ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa (nawet w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności) lub w związku z pozostawaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem przez niego wskazań i zaleceń lekarskich, a w przypadku ubezpieczonego, który nie ukończył 18 (osiemnastu) lat życia, także przez osoby, pod których opieką pozostaje ubezpieczony,
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - 6) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczest-

nictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,

- 7) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego lub w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- 8) w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w związku z nieprawidłowościami zdrowotnymi występującymi u niego przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia. Powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się, jeżeli w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej na podstawie pierwszej lub kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczony w związku z tymi nieprawidłowościami nie wymagał konsultacji z porad lekarskich, wykonywania badań lub przyjmowania leków. Ponadto powyższego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa nie stosuje się również wtedy, gdy przy zawieraniu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia udzielono odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego i w drodze kontroferty nie zostały wprowadzone warunki specjalne wyłączające ochronę ubezpieczeniową z tytułu postępowań medycznych związanych z leczeniem tych nieprawidłowości.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowania medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego w ramach jego hospitalizacji, która rozpoczęła się w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, przy czym ograniczenie to nie dotyczy postępowań medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
5. Jeżeli postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji ubezpieczonego rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia rozszerzenia – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zakresu ubezpieczenia o dodatkowe zdarzenia typu 2 i postępowanie to nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem, wtedy świadczenie lekowe nie zostanie wypłacone.
6. Z zastrzeżeniem ust. 7, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne typu A lub B, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Wykazu postępowań medycznych.
7. W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 6, wynosi mniej niż 5 lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
8. Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 6 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 7, zostały wskazane w Wykazie postępowań medycznych odrębnie dla każdej z pozycji.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne typu D, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z leczeniem tej samej co uprzednio choroby bądź urazu i podczas tego leczenia zastosowano tę samą metodę leczenia.
10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 6, 7 i 9 nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz ubezpieczonego, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
11. W tym samym czasie ubezpieczony może być objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu wyłącznie jednej umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju. Jeżeli na jego rachunek zawarto więcej umów ubezpieczenia tego rodzaju, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu postępowań medycznych, które przeprowadzono w czasie ochrony ubezpieczeniowej równocześnie udzielanej z tytułu tych umów, jest ograniczona do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie tej umowy, która została wskazana przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zwraca składkę ubezpieczeniową zapłaconą z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia tego rodzaju.

§ 4. ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:

- 1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
2. 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. 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.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
- 1) Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo zaproponuje zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym samym czasie zaproponuje zawarcie umowy, o której mowa w ust. 1 pkt 2.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia i składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.
4. Składając – w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia – ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczający i ubezpieczony mogą zrezygnować z udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonego. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli:
- 1) ubezpieczony kiedykolwiek był objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju, która została rozwiązana z innych przyczyn niż upływ okresu ubezpieczenia lub która nie była kontynuowana zgodnie z ust. 3
- lub
- 2) w związku ze stanem zdrowia lub innymi szczegółowymi informacjami dotyczącymi ubezpieczonego Towarzystwo kiedykolwiek odmówiło zawarcia umowy ubezpieczenia na życie na jego rachunek lub kiedykolwiek złożyło kontrofertę zawarcia takiej umowy – co do wysokości kosztu ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia lub składki z tytułu śmierci ubezpieczonego.
5. Jeżeli wypłacono świadczenie z tytułu postępowania medycznego typu C, a jednocześnie okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej związanej z najwyższym poziomem świadczeń – liczony od pierwszego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono to postępowanie – był krótszy niż 24 (dwadzieścia cztery) miesiące, a następnie ubezpieczający ponownie składa ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego samego ubezpieczonego, wtedy ubezpieczający ma prawo wskazać wyłącznie najwyższy poziom świadczeń.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy. 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. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych odpowiadająca poszczególnym poziomom świadczeń jest wskazana w Wykazie postępowań medycznych. Poziom świadczeń, typ dodatkowych zdarzeń oraz rodzaj świadczeń ubezpieczeniowych są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę Wykazu postępowań medycznych.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany 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 oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana w zależności od poziomu świadczeń i zakresu ubezpieczenia – na podstawie wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wypłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat i zwraca się jednocześnie z wypłatą wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat, a następnie - jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia - pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, uwzględnia się kwoty tych świadczeń obowiązujące w ostatnim dniu hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Jeżeli postępowanie medyczne zostało zaplanowane i po ustaleniu terminu jego przeprowadzenia poziom świadczeń został – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zmieniony na wyższy, a następnie to postępowanie zostało przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego, wówczas wypłacone zostanie świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą.
3. Jeżeli poziom świadczeń został – za zgodą Towarzystwa na uprzedni wniosek ubezpieczającego – zmieniony na wyższy i postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji ubezpieczonego rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany, wówczas wypłacone zostanie świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą. Powyższe nie ma zastosowania, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.
4. Dokumentację potwierdzającą zdarzenia ubezpieczeniowe oraz dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację bez skierowania,
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami ubezpieczonego w szpitalu,
 - 4) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu. W razie śmierci ubezpieczonego podczas hospitalizacji, świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane osobom, które w ramach odpowiednio głównej umowy ubezpieczenia albo umow wskazanej w § 4 ust. 1 pkt. 2) są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego.
6. Do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt. 2) jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,

- 4) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt. 2) zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
- 6) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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.

§ 11.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Wykaz postępowań medycznych,
- 2) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:

Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1-4 (str. 2)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 5-9 (str. 2), § 3 (str. 2) § 8 ust. 2-3 (str. 3)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 5-9 (str. 2), § 3 (str. 2) § 8 ust. 2-3 (str. 3)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 7 ust. 1-2 (str. 3)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa
tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl