

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH ZAWARTYCH WE WZORCACH UMÓW

Ubezpieczenie na Życie, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Leczenia Szpitalnego Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych Banku Pocztowego S.A. (NR 1/HIPBP/TUŻ/2017)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 1) – 2) § 8 ust. 1) – 4)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 15) § 5 ust. 1) – 11) § 7 ust. 1) – 8)



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH BANKU POCZTOWEGO S.A.
(NR 1/HIPBP/TUŻ/2017)**

§ 1

DEFINICJE

Ilekcroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosko-polisie o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Agent, Bank** – **BANK POCZTOWY Spółka Akcyjna** z siedzibą w Bydgoszczy;
- 2) **Dzień Wyłaty kredytu lub jego pierwszej transzy** – dzień wyłaty środków zgodnie z dyspozycją Kredytobiorcy;
- 3) **Główny kredytobiorca** – Kredytobiorca, który uzyskuje najwyższe ze wszystkich Kredytobiorców danego Kredytu dochody netto;
- 4) **Kredyt** – kredyt lub pożyczka, których docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości, udzielone zgodnie z regulacjami Banku;
- 5) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu;
- 6) **Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków** - trwający nieprzerwanie powyżej 30 dni pobyt Ubezpieczonego w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem Nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym pierwszym dniem pobytu jest dzień rejestracji a ostatnim dzień wypisu ze szpitala;
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 8) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wyłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości obliczonej na zasadach opisanych w OWU, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia;
- 9) **Okres kredytowania** – okres obowiązywania Umowy kredytu określony na dzień jej zawarcia;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;

- 11) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 12) **Rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie kredytu, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki;
- 13) **Rocznicą ubezpieczenia** – każde kolejne 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej począwszy od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 14) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ustalana na warunkach określonych w OWU;
- 15) **Szpital** – podmiot leczniczy 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 domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpitali uzdrowiskowych lub szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych; za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 16) **Towarzystwo - Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna** z siedzibą w Warszawie;
- 17) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, stwierdzona przez właściwy organ rentowy, na nieprzerwany okres nie krótszy niż 36 miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
- 18) **Ubezpieczający (Ubezpieczony)** – Kredytobiorca, który zawiera z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia, będący jednocześnie osobą ubezpieczoną w Umowie ubezpieczenia;
- 19) **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;
- 20) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
- 21) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 22) **Uposażony zastępczy** - osoba fizyczna lub prawna wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych;

- 23) **Wiek Ubezpieczonego** – wiek Ubezpieczonego określany jako ostatnia rocznica jego urodzin; wiek Ubezpieczonego jest określany w dniu podpisania przez Ubezpieczonego Wniosko-polisy i jest wskazany we Wniosko-polisie;
- 24) **Wniosko-polisa** – oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, na warunkach przewidzianych w OWU, będąca jednocześnie potwierdzeniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 25) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego wskutek jakiegokolwiek przyczyny, Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego.

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty określonych w niniejszych OWU świadczeń ubezpieczeniowych w razie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia;
 - 2) powstania w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - 3) Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

§ 3

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony równy okresowi, na jaki Ubezpieczający zawiera Umowę kredytu, nie dłużej jednak niż 35 lat.
2. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia na formularzu Wniosko-polisy Towarzystwa. Agent w imieniu Towarzystwa przyjmując Wniosko-polisę podpisuje ją, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz Wniosko-polisy został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny oraz podpisane zostały wszystkie wymagane oświadczenia i zgody, w tym oświadczenie o stanie zdrowia.
4. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pomiędzy Towarzystwem a Kredytobiorcą zawierającym z Bankiem daną Umowę kredytu, gdy Wiek Ubezpieczonego powiększony o Okres kredytowania w dniu złożenia przez Ubezpieczającego Wniosko-polisy nie przekracza **75 lat**.

5. Umowę ubezpieczenia pomiędzy Towarzystwem a Kredytobiorcą uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią Wniosko-polisy z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu podpisanej przez Agenta Wniosko-polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty.
6. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo zażądać poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia Ubezpieczającego oraz udzielenia informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. W tym celu, w procesie ubiegania się o Kredyt, Kredytobiorca może zostać zobowiązany do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badań medycznych oraz przetwarzanie danych o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Badania wykonane zostaną na koszt Towarzystwa. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
7. Odstępstwa od zasad zawierania Umowy ubezpieczenia, określonych w ust. 4 i 6, wymagają indywidualnej zgody Towarzystwa.

§ 4

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem następującym po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż z dniem wypłaty Kredytu lub jego pierwszej transzy.
2. Okres ubezpieczenia kończy się w przypadku zajścia pierwszego z następujących zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - 2) wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy skutkującej wypłatą świadczenia – z ostatnim dniem miesiąca, w którym właściwy organ rentowy przyznał Ubezpieczonemu prawo do renty na okres nie krótszy niż 36 miesięcy;
 - 3) rozwiązania Umowy kredytu – z dniem, w którym nastąpiło jej rozwiązanie;
 - 4) spłaty pełnej kwoty Kredytu przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa kredytu - z dniem jej spłaty;
 - 5) rozwiązania Umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło jej rozwiązanie;
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia - z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 7) nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych, uprawnień do renty stałej – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do świadczeń emerytalnych, uprawnień do renty stałej lub z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat - w zakresie ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 8) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w zakresie Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;

- 9) z dniem wypłaty ostatniej z 12 rat świadczenia w Okresie ubezpieczenia – w zakresie Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 10) w przypadku wcześniejszego rozwiązania Umowy kredytu wskutek wypowiedzenia dokonanego przez Bank - z dniem, w którym przypadałby termin spłaty ostatniej raty kredytu zgodnie z ostatnim harmonogramem spłat, nie później jednak niż z dniem całkowitej spłaty Kredytu;
 - 11) w dniu kończącym 35 (trzydziestopięcioletni) okres udzielania Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 12) w przypadkach określonym w ust. 3 – 6.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W takim przypadku Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego dotyczące wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
 4. W razie nieopłacenia składki ubezpieczeniowej lub którejkolwiek z jej rat, Towarzystwo ma prawo wezwać Ubezpieczającego do zapłacenia zaległych składek lub rat, wyznaczając dodatkowy, 7-dniowy (siedmiodniowy) termin na dokonanie wpłaty, licząc od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania Towarzystwa.
 5. Jeżeli składka ubezpieczeniowa lub jej rata nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia tego dodatkowego terminu. Za nieopłaconą składkę ubezpieczeniową lub jej ratę uważa się również składkę ubezpieczeniową opłaconą w niepełnej wysokości.
 6. W przypadku opisanym w ust. 5 niniejszego paragrafu, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
 7. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca Ubezpieczającemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Umowy kredytu lub wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części składki opłaconej z tytułu ubezpieczenia za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z zapisami § 6 ust. 6-7.
 8. W przypadku zawarcia przed Kredytobiorcą, będącego już Ubezpieczonym, aneksu do Umowy kredytu mającego na celu podwyższenie kwoty Kredytu, udzielana temu Ubezpieczonemu Ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana na warunkach Umowy kredytu obowiązujących przed zawarciem takiego aneksu i zgodnie z dotychczasowym harmonogramem spłat.
 9. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia. W przypadku ubezpieczającego będącego konsumentem, termin 30-tu dni biegnie od późniejszego z następujących dni: dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia lub dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie..
 10. Z chwilą otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia wygasa Ochrona ubezpieczeniowa, a wpłacona składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi, przy czym Towarzystwo ma prawo do pobrania składki za okres świadczonej Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest sumie:
 - 1) kapitału Kredytu pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku Kredytu wyrażonego w walucie obcej: równowartości kapitału Kredytu w złotych, przeliczonego według średniego kursu NBP obowiązującego:
 - a) w dniu rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie pierwszych 36-ciu miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w dniu płatności Raty kredytu w danym miesiącu, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w trakcie kolejnych miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej następujących po pierwszych 36-ciu miesiącach trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni;
 - 3) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 90 dni;
 - 4) opłat i prowizji przewidzianych taryfą Banku naliczonych w okresie od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższym niż 120 dni,nie więcej jednak niż wartość wynikającego z Umowy kredytu salda zadłużenia w Dniu wypłaty Kredytu lub jego ostatniej transzy.
2. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje kilku Kredytobiorców oraz:
 - 1) Umowę ubezpieczenia zawierają wszyscy Kredytobiorcy - wysokość świadczenia należnego jednemu Ubezpieczonemu równa jest Sumie ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 powyżej, podzielonej przez liczbę Kredytobiorców występujących w ramach danej Umowy Kredytu w dniu jej zawarcia,
 - 2) Umowę ubezpieczenia zawiera wyłącznie Główny Kredytobiorca wysokość świadczenia należnego tylko jednemu Ubezpieczonemu, będącego Głównym Kredytobiorcą, równa jest Sumie ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 powyżej.
3. Z zastrzeżeniem ust. 2, 4 oraz 5, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielonej Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty (górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa):
 - 1) **1 000 000 złotych** (słownie: jeden milion złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 18 lat i nie przekracza 55 lat;

- 2) **250 000 złotych** (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) **75 000 złotych** (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest wyższy niż 60 lat i nie przekracza 75 lat.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielonej Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, w stosunku do Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty (górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa):
- 1) **500 000 złotych** (słownie: pięćset tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 18 lat i nie przekracza 55 lat;
 - 2) **250 000 złotych** (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) **75 000 złotych** (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia jest wyższy niż 60 lat i nie przekracza 65 lat.
6. Z zastrzeżeniem ust. 7, Suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków równa jest:
- 1) wysokości maksymalnie 6 świadczeń za jednorazowy pobyt w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 2) wysokości maksymalnie 12 świadczeń z tytułu wszystkich pobytów w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków w całym Okresie ubezpieczenia,
- przy czym wysokość świadczenia równa jest wysokości najbliższej przypadającej do spłaty miesięcznej Raty kredytu, wskazanej w harmonogramie spłat nie więcej jednak niż **4 500 złotych** (słownie: cztery tysiące pięćset złotych) z tytułu pojedynczego świadczenia.
7. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje kilku Kredytobiorców oraz
- 1) Umowę ubezpieczenia zawierają wszyscy Kredytobiorcy - wysokość świadczenia należnego jednemu Ubezpieczonemu równa jest kwocie świadczenia, o której mowa w ust. 6 powyżej, podzielonej przez liczbę Kredytobiorców występujących w ramach danej Umowy kredytu w dniu jej zawarcia,
 - 2) Umowę ubezpieczenia zawiera wyłącznie Główny Kredytobiorca - wysokość świadczenia należnego jednemu Ubezpieczonemu równa jest kwocie świadczenia, o której mowa w ust. 6 powyżej.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwych wypadków należne jest w ratach miesięcznych. Częstotliwość wypłaty rat świadczenia oraz ich wysokość odpowiada wysokości Rat kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat Kredytu.

9. Pierwsza rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przez trzydzieści dni w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego. Każda kolejna rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu będzie trwał nieprzerwanie o miesiąc dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.
10. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, w Okresie ubezpieczenia miał miejsce więcej niż jeden pobyt w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków, suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie przekroczy 6 świadczeń za wszystkie pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu.
11. W przypadku, gdy do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwych wypadków przez Ubezpieczonego pozostaje odpowiednio mniej niż 6 rat Kredytu, suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie przekroczy sumy wysokości wszystkich Rat kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z harmonogramem spłat Kredytu.

§ 6

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wysokości Sumy ubezpieczenia oraz okresu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać składkę ubezpieczeniową cyklicznie, obliczoną na zasadach określonych w ust. 3-7 poniżej:
 - 1) pierwsza rata składki należna jest za okres 36 miesięcy udzielania Ochrony ubezpieczeniowej począwszy od następnego dnia po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia jednak nie wcześniej niż od Dnia wypłaty Kredytu lub jego pierwszej transzy i płatna jest jednorazowo, w terminie, w którym nastąpiła wypłata Kredytu lub jego pierwszej transzy;
 - 2) kolejne raty składki należne są za okresy miesięczne udzielania Ochrony ubezpieczeniowej począwszy od zakończenia okresu, o którym mowa w ust. 2. pkt. 1), aż do ostatniego miesiąca okresu obowiązywania Umowy kredytu i płatne są miesięcznie, każdorazowo w dniu następnym, po terminie wymagalności Raty kredytu.
3. Podstawą naliczenia składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego z tytułu śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków jest:
 - 1) w przypadku pierwszej raty składki:
 - a) wartość udzielonego Kredytu określona w Umowie kredytu podzielona przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu – dla Kredytobiorców zawierających Umowę ubezpieczenia w procesie zawierania Umowy kredytu,
 - b) wartość salda zadłużenia, bieżącego na dzień naliczenia składki – dla Kredytobiorców, którzy

zawierają Umowę ubezpieczenia już po wypłacie Kredytu lub jego pierwszej transzy, obejmującego:

- i. saldo zadłużenia z tytułu Kredytu (kapitału),
- ii. odsetki według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, obliczane od nieprzeterminowanej części Kredytu (kapitału),
- iii. odsetki karne według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, obliczane od przeterminowanej części Kredytu (kapitału),
- iv. opłaty i prowizje należne i niezapłacone związane z obsługą Kredytu, przewidziane taryfą Banku,

podzielona przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu, w dniu zawarcia Umowy kredytu, przy czym dzień naliczenia składki, rozumiany jest jako dzień płatności Raty kredytu przez Ubezpieczonego.

2) w przypadku kolejnych rat składek: wartość salda zadłużenia, bieżącego na dzień naliczenia składki, obejmującego:

- i. saldo zadłużenia z tytułu Kredytu (kapitału),
- ii. odsetki według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, obliczane od nieprzeterminowanej części Kredytu (kapitału),
- iii. odsetki karne według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, obliczane od przeterminowanej części Kredytu (kapitału),
- iv. opłaty i prowizje należne i niezapłacone związane z obsługą Kredytu, przewidziane taryfą Ubezpieczającego,

podzielone przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu, w dniu zawarcia Umowy kredytu, przy czym dzień naliczenia składki, rozumiany jest jako dzień płatności raty Kredytu przez Ubezpieczonego.

4. Składka ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu ryzyka śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków określana jest we Wniosko-polisie, przy czym:

- 1) pierwsza rata składki za każde ryzyko określona jest kwotowo,
- 2) kolejne raty składki obliczane są jako iloczyn stawki ubezpieczeniowej za każde ryzyko w wysokości wskazanej we Wniosko-polisie oraz przypadającej na Ubezpieczonego podstawy naliczenia składki.

5. Składkę ubezpieczeniową Ubezpieczający wpłaca na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

6. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w sytuacjach opisanych w § 4 ust. 2 pkt 1), 2), 3), 4), 5) lub 13) Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, za który została opłacona składka lub jej rata. Wysokość kwoty podlegającej zwrotowi Ubezpieczającemu obliczana jest zgodnie z następującym wzorem:

$$P \cdot [(N-X)/N]$$

Gdzie:

P – wartość należnej składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia

X – okres wykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu, której opłacona została składka ubezpieczeniowa za dany okres rozliczeniowy (w dniach),

N - okres Ochrony ubezpieczeniowej, z tytułu której opłacona została składka ubezpieczeniowa za dany okres rozliczeniowy (w dniach).

7. Towarzystwo zwraca składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W okresie **24 miesięcy** od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową, o ile Ubezpieczony nie został poddany badaniom lekarskim zgodnie z § 3 ust. 6 niniejszych OWU.
2. W okresie **12 miesięcy** od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi na skutek samobójstwa lub wskutek umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia.
3. Świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie ponadto wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1 aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
4. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy, Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich;

- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5) aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) jako wynik udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, lotniczych, motorowych, motorowodnych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
 - 8) jako wynik udziału Ubezpieczonego w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 9) jako wynik zakażenia Ubezpieczonego HIV, chyba, że zakażenie nie było udziałem świadomego i dobrowolnego przyzwolenia np.: zarażenie poprzez transfuzję krwi;
 - 10) w jakimkolwiek związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 11) jako skutek stanów chorobowych bądź urazów rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego albo o których występowaniu w tym czasie Ubezpieczony wiedział;
5. W okresie pierwszych dwóch miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu Ubezpieczonemu Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wyłącznie w przypadku powstania Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
 6. Świadczenie z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli wystąpi ono jako wynik choroby Ubezpieczonego nie będącej skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
 7. Świadczenie z tytułu danego Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
 8. Świadczenie z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłączenie charakter diagnostyczny, obserwacyjny, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające Ubezpieczonego.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu od osoby dochodzącej roszczenia zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia

odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia na podstawie dokumentów określonych w ust. 2.

2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona zobowiązana jest złożyć następujące dokumenty:

- 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
- 2) oświadczenie Banku o stanie zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego Kredytu (kapitału) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wysokości kwot, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt. 2-4 w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia zgodnie z:
 - a) aktualnym, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, harmonogramem spłat Kredytu – w przypadku, gdy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia nie zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość okresu kredytowania,
 - b) pierwotnym harmonogramem spłat Kredytu - w przypadku, gdy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość okresu kredytowania.
- 3) kopię Wniosko-polisy i Umowy kredytu;
- 4) numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia przez Towarzystwo;
- 5) odpis skrócony aktu zgonu, a w razie śmierci Ubezpieczonego za granicą, aktu zgonu uwierzytelnionego przez polską placówkę dyplomatyczną lub w formie apostille;
- 6) kopię karty zgonu;
- 7) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej będącej osobą fizyczną lub kopię dokumentu rejestrowego osoby uprawnionej będącej osobą prawną;
- 8) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.

3. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

- 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
- 2) oświadczenie Banku o stanie zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego Kredytu (kapitału) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wysokości kwot, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt. 2-4 w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia zgodnie z:
 - a. aktualnym, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, harmonogramem spłat Kredytu – w przypadku gdy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia nie zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość okresu kredytowania,

- b. pierwotnym harmonogramem spłat Kredytu - w przypadku, gdy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość Okresu kredytowania.
 - 3) w razie Zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, raport Policji lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopię Wniosko-polisy i Umowy kredytu;
 - 5) numeru rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia przez Towarzystwo;
 - 6) kopię dokumentu wydanego przez organ rentowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - 7) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
4. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - 2) oświadczenia Banku o wysokości i terminach płatności Rat Kredytu zgodnie z:
 - a) aktualnym, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, harmonogramem spłat Kredytu – w przypadku gdy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia nie zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość Okresu kredytowania,
 - b) pierwotnym harmonogramem spłat Kredytu - w przypadku gdy w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia zostały zawarte aneksy do Umowy kredytu zmieniające wysokość Kredytu bądź długość Okresu kredytowania.
 - 3) w razie Zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, raport Policji lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopię Wniosko-polisy i Umowy kredytu;
 - 5) numeru rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia przez Towarzystwo;
 - 6) kopię karty pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, potwierdzającą okoliczności i czas pobytu w szpitalu;
 - 7) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
5. Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uposażonym w złotych, na rachunek wskazany przez Uposażonego.

6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych świadczenie przypada 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.
7. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków wypłacane jest Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której dokonał on cesji praw do świadczenia.
8. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia nie było w tym terminie możliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 9

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 10

REKLAMACJE

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji, jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w Towarzystwie lub w jednostce Towarzystwa obsługującej jej klientów albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie - telefonicznie dzwoniąc pod numer (22)557-44-44 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w Towarzystwie lub jednostce Towarzystwa obsługującej jej klientów,
 - 3) w formie elektronicznej - z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres: reklamacje@aviva.pl.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu, reklamację, przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia §10 ust. 1 – 8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń wynikających z reklamacji, w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie

pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

11. Konsumentowi przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy prawa.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do wytoczenia powództwa do właściwego sądu, o którym mowa w § 9 ust. 2 i 3.

§ 11

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z zastrzeżeniem treści § 10, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 7 grudnia 2016 roku i weszły w życie z dniem 10 stycznia 2017 roku.