

**WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GPI/2017/1
DLA UCZESTNIKÓW WYSPECJALIZOWANEGO
PROGRAMU INWESTOWANIA
O NAZWIE „AKTYWNY PLAN INWESTYCYJNY”**



Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca warunków ogólnych grupowego ubezpieczenia na życie GPI/2017/1
dla uczestników wyspecjalizowanego programu inwestowania
o nazwie „Aktywny Plan Inwestycyjny”

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Numer zapisu ze wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4 ust. 1 i 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 4 ust. 3 § 6 § 7 ust. 2 § 8 ust. 6

WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GPI/2017/1 DLA UCZESTNIKÓW WYSPECJALIZOWANEGO PROGRAMU INWESTOWANIA O NAZWIE „AKTYWNY PLAN INWESTYCYJNY” (DALEJ: PLAN)

Niniejsze warunki ogólne stosuje się wyłącznie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej na rzecz uczestników Planu pomiędzy spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. jako ubezpieczycielem i spółką Aviva Sp. z o.o. jako ubezpieczającym.

§ 1. DEFINICJE

Ilekroć w niniejszych warunkach ogólnych, zawartej na ich podstawie umowie ubezpieczenia oraz w innych pisemnych 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) **deklaracja uczestnictwa** – deklaracja woli przystąpienia do umowy ubezpieczenia, składana przez uczestnika na odpowiednim formularzu (również w jego wersji elektronicznej);
- 2) **dzień przystąpienia do Planu** – dzień wpisania do rejestru uczestników funduszu jednostek uczestnictwa nabytych przez uczestnika Planu w związku z zawarciem Umowy uczestnictwa w Planie;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo, w tym polisa;
- 4) **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – ustalana przez Towarzystwo w sposób przewidziany w OWU kwota, przeznaczana na pokrycie kosztów podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 5) **miesiąc rozliczeniowy** – miesiąc kalendarzowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej, wskazany w raporcie miesięcznym;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu uczestnika, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli uczestnika;
- 7) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 8) **OWU lub warunki ogólne umowy ubezpieczenia** – niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia wraz z załącznikami;
- 9) **podstawa naliczenia składki ubezpieczeniowej** – podana w raporcie miesięcznym, określona na pierwszy dzień każdego miesiąca rozliczeniowego wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na Kontach prowadzonych dla uczestnika w ramach Planu, w sposób określony w Regulaminie Planu; podstawa naliczenia składki ubezpieczeniowej obowiązuje w niezmienionej wysokości do pierwszego dnia kolejnego miesiąca rozliczeniowego;
- 10) **Plan** – wyspecjalizowany program inwestowania, oferowany przez Aviva Investors Fundusz Inwestycyjny Otwarty oraz Aviva Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, zarządzane przez Aviva Investors Poland Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., na zasadach określonych w „Regulaminie Uczestnictwa w Wyspecjalizowanym Programie Inwestowania „Aktywny Plan Inwestycyjny”;
- 11) **raport miesięczny** – raport dotyczący wskazanego miesiąca rozliczeniowego, sporządzony przez ubezpieczającego zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do OWU;
- 12) **suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika** – wynikająca z umowy ubezpieczenia kwota, którą na warunkach określonych w OWU Towarzystwo zobowiązane jest zapłacić w przypadku śmierci uczestnika; wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika ustalana jest w oparciu o informacje uzyskane od ubezpieczającego;
- 13) **ubezpieczający** – Aviva Sp. z o.o.;
- 14) **ubezpieczyciel (Towarzystwo)** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;
- 15) **uczestnik** – osoba fizyczna, która zawarła z Aviva Investors Funduszem Inwestycyjnym Otwartym oraz Aviva Specjalistycznym Funduszem Inwe-

stycyjnym Otwartym, zarządzanymi przez Aviva Investors Poland Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., umowę o przystąpienie do Planu, dokonała wpłaty środków do Planu i którą Towarzystwo objęło ochroną ubezpieczeniową wynikającą z niniejszej umowy ubezpieczenia;

- 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 17) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci uczestnika.
- 18) **wniosek** – deklaracja woli zawarcia umowy ubezpieczenia, składana przez ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa, obejmująca oświadczenia i wyjaśnienia ubezpieczającego dotyczące uczestników i ubezpieczającego.

§ 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia (wniosku) oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
3. O ile nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią wniosku uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie woli o przyjęciu oferty.

§ 3. PRZYSTĘPOWANIE DO UBEZPIECZENIA

1. Do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU mogą przystąpić osoby, które przystąpiły do Planu.
2. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia przez osobę przystępującą do Planu następuje poprzez złożenie przez nią, wraz z deklaracją przystąpienia do Planu, deklaracji uczestnictwa na odpowiednim formularzu. Deklaracja uczestnictwa nie może być złożona później, niż w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do Planu.
3. Dniem przystąpienia do ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 2, jest dzień następujący po dniu jej przystąpienia do Planu.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Towarzystwu informację o osobach przystępujących do Planu, w sposób i z częstotliwością uzgodnioną z Towarzystwem.
5. Do 5. dnia każdego miesiąca kalendarzowego Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać Towarzystwu oryginał deklaracji uczestnictwa osób, które w miesiącu poprzedzającym przystąpiły do Planu.
6. Deklaracja uczestnictwa danego uczestnika zostaje przyjęta przez Towarzystwo po stwierdzeniu, że łącznie spełnione zostały następujące przesłanki:
 - 1) deklaracja uczestnictwa wypełniona została w sposób prawidłowy i – z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w jej formularzu – zupełny;
 - 2) uczestnik został wymieniony w raporcie miesięcznym, o którym mowa w § 1 pkt 11.

§ 4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie uczestnika.
2. Udzielana w ramach umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie śmierci uczestnika w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika.
3. Przysługująca uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa przez okres pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia ograniczona jest do zobowiązania Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego wyłącznie w przypadku śmierci uczestnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu przystąpienia do Planu w rozumieniu § 1 pkt 2.
2. Warunkiem rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest wyrażenie przez osobę przystępującą do Planu w deklaracji uczestnictwa, zgody na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia.
3. Przysługująca danemu uczestnikowi ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu:
 - 1) śmierci uczestnika;
 - 2) rozwiązania zawartej przez uczestnika ostatniej umowy o przystąpienie do Planu;
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 6. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W PRZYPADKU ŚMIERCИ UCZESTNIKA

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć uczestnika nastąpi jako skutek samobójstwa lub jako skutek próby samobójczej podjętej przez uczestnika w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej danego uczestnika.

§ 7. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający, a także uczestnik, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęciem uczestnika ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli ubezpieczający zawarł umowę przez przedstawiciela obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności również jemu znane.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1 zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć uczestnika nastąpi po upływie trzech lat od dnia rozpoczęcia przysługującej mu ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia lub objęciu uczestnika ochroną ubezpieczeniową podano informacje nieprawdziwe.

§ 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę regularną z tytułu ubezpieczenia każdego z uczestników, w wysokości i z częstotliwością oznaczoną w umowie ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa za dany miesiąc rozliczeniowy, stanowi sumę składek ubezpieczeniowych należnych z tytułu ubezpieczenia poszczególnych uczestników.
3. Ubezpieczający przygotowuje co miesiąc w formie raportu miesięcznego informację o osobach, które:
 - 1) przystąpiły do Planu w miesiącu poprzedzającym miesiąc rozliczeniowy oraz wyraziły w deklaracji uczestnictwa zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 2) należały do Planu w miesiącu poprzedzającym miesiąc rozliczeniowy i udzielano im w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3) rozwiązały umowę o przystąpienie do Planu,a także o kwotach stanowiących w miesiącu rozliczeniowym podstawę naliczenia składki ubezpieczeniowej za poszczególnych uczestników. Raport miesięczny jest przekazywany Towarzystwu do 5. dnia miesiąca rozliczeniowego.
4. Na podstawie raportu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Towarzystwo nalicza składkę ubezpieczeniową należną za uczestników w miesiącu rozliczeniowym, wystawia fakturę i przekazuje ją ubezpieczającemu do 15. dnia miesiąca rozliczeniowego. Składka ubezpieczeniowa za dany miesiąc rozliczeniowy płatna jest przez ubezpieczającego w terminie do 25. dnia każdego miesiąca rozliczeniowego.
5. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przelewem na rachunek wskazany w dokumencie faktury, o której mowa w ust. 4. Za dzień dokonania płatności przyjmuje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy ubezpieczyciela.
6. Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona w całości lub w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie 30 dni od dnia otrzymania wezwania. W razie nie

zapłacenia składki ubezpieczeniowej we wskazanym w wezwaniu dodatkowym terminie, odpowiedzialność Towarzystwa ustaje w stosunku do uczestnika, za którego składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona, wraz z upływem dodatkowego wyznaczonego terminu, przy czym Towarzystwo może żądać zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielało temu uczestnikowi ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA I SPOŚÓB JEGO USTALANIA

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci uczestnika obliczana jest w oparciu o stan Kont Jednostek Uczestnictwa prowadzonych dla uczestnika w ramach Planu z dnia jego śmierci i wynosi 3% tej wartości.

§ 10. UPOSAŻENI

1. Uczestnik ma prawo samodzielnie wskazać i zmieniać uposażonych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez uczestnika. Jeżeli uczestnik wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma tych udziałów nie jest równa 100%, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią uczestnika albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Jeżeli w chwili śmierci uczestnika nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci uczestnika nie ma żadnego z uposażonych ani uposażonych zastępczych, 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.

§ 11. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, w tym uzyskaniu informacji o których mowa w § 14 ust. 2 pkt 3 i 4. W przypadku śmierci uczestnika poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami informuje uprawnionego do otrzymania świadczenia jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich, przelewem bankowym.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie trzydziestu dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci uczestnika. W przypadku, gdy wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§ 12. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU, umowie ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wypowiedzenia dokonanego przez ubezpieczającego zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3;
 - 3) spadku liczby uczestników poniżej 15 (piętnastu) osób, chyba że Strony odrębnie postanowią o dalszym kontynuowaniu umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone do dnia odstąpienia składki ubezpieczeniowe w wysokości nominalnej po ich pomniejszeniu o koszt udzielanej w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej. Składki zwracane są w złotych polskich, przelewem bankowym.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 13.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

Uczestnik ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając ubezpieczycielowi odpowiednie oświadczenie. Rezygnacja z ubezpieczenia jest skuteczna począwszy od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie uczestnika o rezygnacji z ubezpieczenia.

§ 14.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do ubezpieczenia OWU oraz pozostałych warunków ubezpieczenia, dotyczących danego uczestnika.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, ubezpieczający zobowiązany jest również do dokonywania następujących czynności:
 - 1) przekazywania osobom przystępującym do Planu informacji o możliwości przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
 - 2) comiesięcznego dostarczania Towarzystwu raportu miesięcznego w formie uzgodnionej z Towarzystwem;
 - 3) informowania Towarzystwa, niezwłocznie po uzyskaniu takiej informacji, o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub jakiegokolwiek zdarzenia skutkującego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego uczestnika,
 - 4) przekazywania Towarzystwu informacji koniecznych do naliczenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci uczestnika.
3. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową danego uczestnika, a także do zmiany umowy ubezpieczenia, konieczna jest uprzednia zgoda uczestnika. Zmiana umowy ubezpieczenia bez zgody uczestnika nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Uczestnik może wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia oraz informacji o OWU – w zakresie w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
5. Ubezpieczający jest obowiązany do przekazywania uczestnikom na piśmie lub, o ile uczestnicy wyrażą na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.
6. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w OWU, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 15.

OŚWIADCZENIA WOLI

1. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że strony umówią się inaczej. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia wymagane w związku z umową ubezpieczenia, uczestnik składa Towarzystwu.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 16.

PRAWO WŁAŚCIWE, SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd

właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania spadkobiercy: uczestnika, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 17.

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, uczestnika, 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:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - b) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - c) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
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, 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. Zgłaszając reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust.1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, uczestnikiem, uposażonym lub innym 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 rozwiązywania 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. Konsument ma 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.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, uczestnikowi, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 18.

ZASADY OPODATKOWANIA

1. Opłacana przez ubezpieczającego składka ubezpieczeniowa dedykowana jest uczestnikom jako nieodpłatne świadczenie w ramach promocji własnej sieci sprzedaży Aviva Sp. zo.o. i jako taka nie jest opodatkowana podatkiem dochodowym od osób fizycznych na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 68a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Opodatkowanie świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie ze stanem prawnym obowiązującym w dniu uchwalenia OWU regulują przepisy:
 - 1) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr.14, poz.176 z późn.zm.) – w szczególności art. 5a pkt 14, art. 17 pkt 5 art. 21 ust.1 pkt 4 lit.b), pkt 58a i ust. 5d, art. 30 ust. 1 pkt 7a i ust. 3a, art. 30a ust.1 pkt 5 i pkt 10, ust. 3 i ust. 5-8 oraz art. 41 ust. 4 tej ustawy.
 - 2) ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U.z 2000 r. Nr 54 poz. 654 z późn. zm.

§ 19.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
2. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
3. Ubezpieczający i uczestnicy mogą przenieść przysługujące im z tytułu umowy ubezpieczenia prawa i obowiązki wyłącznie za uprzednią zgodą Towarzystwa.
4. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ogólnych stosuje się przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, Kodeksu cywilnego oraz innych aktów prawnych.

Niniejsze warunki ogólne ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 31 stycznia 2017 roku, z mocą obowiązującą od dnia 31 stycznia 2017 roku.



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