

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „DLA NAJBLIŻSZYCH” (DNAJ/T/2/2016)

§ 1. DEFINICJE

Zwroty użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU) i w innych dokumentach związanych z umową ubezpieczenia oznaczają:

- 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) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym bądź psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 3) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 4) **rocznica ubezpieczenia** – wskazany w dokumencie ubezpieczenia dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia;
- 5) **rok ubezpieczenia** – okres, który rozpoczyna się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia albo w rocznicę ubezpieczenia i który kończy się z dniem poprzedzającym następującą po tej dacie rocznicę ubezpieczenia;
- 6) **suma ubezpieczenia** – kwota, którą na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić uposażonemu lub innym uprawnionym osobom w razie śmierci ubezpieczonego;
- 7) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 8) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawierana jest umowa ubezpieczenia;
- 10) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie niniejszych OWU;
- 11) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego;
- 12) **wniosek** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego.

§ 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, gdy ubezpieczony na dzień złożenia wniosku ukończył 40 (czterdzieści) lat i nie ukończył 76 (siedemdziesięciu sześciu) lat, a jednocześnie jest ubezpieczającym w zawieranej umowie, chyba że strony umówią się inaczej.
3. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez ubezpieczającego wniosku oraz przyjęcie tej oferty przez Towarzystwo.
4. Wniosek może zostać złożony:
 - 1) na formularzu Towarzystwa agentowi ubezpieczeniowemu Towarzystwa, albo
 - 2) podczas rozmowy telefonicznej, albo
 - 3) za pośrednictwem odpowiedniej strony internetowej.
5. Składając wniosek, ubezpieczający zostanie poproszony o podanie informacji niezbędnych do prawidłowego zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Rejestracja wniosku przez Towarzystwo następuje poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – w sposób zupełny.
7. W przypadku złożenia przez ubezpieczającego wniosku podczas rozmowy telefonicznej albo za pośrednictwem odpowiedniej strony internetowej umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu oferty ubezpieczającego.

8. W przypadku złożenia przez ubezpieczającego wniosku na formularzu Towarzystwa agentowi ubezpieczeniowemu Towarzystwa, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku z dniem wystawienia polisy, przy czym Towarzystwo jest zobowiązane niezwłocznie doręczyć ją ubezpieczającemu.
9. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku (kontroferta).
10. Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę ubezpieczenia uważa się za niezawartą.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest wskazana w polisie i ulega podwyższeniu o 10 (dziesięć) proc. w każdą piątą rocznicę ubezpieczenia, przypadającą przed osiągnięciem przez ubezpieczonego wieku 85 (osiemdziesięciu pięciu) lat.
5. W okresie pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesięcy następujących po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wyłącznie w przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty tego wypadku. W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie pierwszych 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, o których mowa powyżej, z innych przyczyn, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie wpłaconych składek ubezpieczeniowych.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi na skutek:
 - 1) samobójstwa lub próby samobójczej w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek,
 - 3) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w akcie terroryzmu,
 - 4) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa 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.

§ 4. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest wskazany w polisie, a ostatnim dniem tego okresu jest dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej, zaś kończy z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Towarzystwa i stosownie do wybranej przez ubezpieczającego sumy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa, do rocznicy ubezpieczenia następującej bezpośrednio po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 85 (osiemdziesięciu pięciu) lat, składki ubezpieczeniowej, których wysokość, częstotliwość oraz terminy zapłaty wskazane są w polisie. Wysokość składek ubezpieczeniowych jest niezmienna przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.
3. W razie niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie, Towarzystwo ma prawo wezwać ubezpieczającego do jej zapłaty, wyznaczając mu dodatkowy, przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do zapłacenia tej składki, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem tego terminu.
4. Składka płatna jest przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa, chyba że strony umówiły się inaczej. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania wpłaty na tym rachunku.

§ 6.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I OSÓB UPRAWNIONYCH

1. Przy obliczaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych, którym wypłacane jest świadczenie ubezpieczeniowe, w częściach określonych procentowo przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym albo suma ich udziałów nie jest równa 100 (sto) proc., uważa się, że udziały te są równe. W przypadku bezskuteczności wskazania uposażonego, jego udział przypada pozostałym uposażonym w częściach wprost proporcjonalnych do wysokości ich udziałów.
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma 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.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o śmierci ubezpieczonego i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa. Jeżeli śmierć ubezpieczonego miała miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumentem potwierdzającym to zdarzenie jest dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiła śmierć ubezpieczonego.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o śmierci ubezpieczonego, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, jakie dokumenty potwierdzające to zdarzenie oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w złotych, przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania zawiadomienia o śmierci ubezpieczonego. W przypadku przesłania przez uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów potrzebnych do jego wypłaty, w formie elektronicznej na adres: swiadczenie_48h@aviva.pl lub faksem na numer: + 48 22 557 52 37, Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 2 dni roboczych od dnia ich otrzymania. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w ww. terminach, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niewypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część tego świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych, należnych z umowy ubezpieczenia, reguluje ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 8.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Poza przypadkami wskazanymi w niniejszych OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:

- 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy, które może nastąpić w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy – z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. W takim przypadku Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłacone przez niego składki ubezpieczeniowe w wysokości nominalnej, przy czym ma prawo potrącić składkę za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Składki ubezpieczeniowe są zwracane w terminie nie dłuższym niż 30 (trzydzieści) dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 7 ust. 3 stosuje się odpowiednio;
- 2) wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania, z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, za który przypadała ostatnio zapłacona składka ubezpieczeniowa, nie wcześniej jednak niż z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. W przypadku wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia po rocznicy ubezpieczenia, następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 85 (osiemdziesięciu pięciu) lat, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy;
- 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem zajścia tego zdarzenia.

§ 9.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 10.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego, zaś przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. W przypadku takiej umowy ubezpieczenia, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, przekazane przez Towarzystwo informacje – w zakresie i w terminach wskazanych odrębnie przez przepisy prawa. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania powyższych obowiązków, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 11.

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego 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 siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) 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. Zgłaszający 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, 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.
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, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 12.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że strony umówią się inaczej. Powyższe postanowienie nie dotyczy formy zawarcia umowy ubezpieczenia oraz formy składania skarg i zażaleń.
2. Pisma Towarzystwa kierowane będą pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo – w przypadku, gdy osoby te wyraziły zgodę na taką formę – ostatni adres poczty elektronicznej podany przez te osoby lub w inny uzgodniony sposób.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
4. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa oraz pracownicy Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
5. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 13.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część, jest 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 Ubezpieczenia na Życie „Dla Najbliższych”

| Rodzaj informacji | Nr zapisu z wzorca umownego |
|--|-----------------------------|
| 1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia | § 3 ust. 2 (str. 1) |
| 2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | § 3 ust. 5-6 (str. 1) |
| 3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia | § 3 ust. 5-6 (str. 1) |
| 4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania | § 5 ust. 1-2 (str. 1) |
| 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

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