

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Zachorowania na Nowotwór Złośliwy
(NZL/J/4/2019)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-2



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE ZACHOROWANIA
NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (NZL/J/4/2019)**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie:

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

**§ 1.
DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach 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) **dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Zachorowania na Nowotwór Złośliwy jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie: Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego; 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;
- 2) **główna umowa ubezpieczenia (umowa główna)** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 3) **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – do nowotworów złośli-

wych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Nie stanowią nowotworu złośliwego w rozumieniu niniejszej definicji:

- a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Joint Committee on Cancer, Seventh Edition TNM Classification i następne),
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
- 4) **regulamin** – dokument: „Regulamin oferowania na warunkach specjalnych ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia w razie zachorowania na nowotwór złośliwy”, stanowiący załącznik do umowy dodatkowej zawieranej z uwzględnieniem warunków specjalnych tam określonych;
 - 5) **rocznica umowy głównej** – dzień w roku kalendarzowym opatrzony taką samą datą dzienną i miesiącem kalendarzowym, co dzień rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, a jeżeli dniem rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia był dzień 29 lutego, to wtedy ostatni dzień tego miesiąca;
 - 6) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;

- 7) **zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy** – stan chorobowy ubezpieczonego przewidziany w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, który wystąpił po upływie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego;
 - 8) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
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 główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony przeżył co najmniej 30 (trzydzieści) dni licząc od dnia tego zachorowania.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie zachorowania na nowotwór złośliwy nie zostanie wypłacone, jeżeli zachorowanie to jest następstwem schorzeń lub innych stanów chorobowych ubezpieczonego rozpoznanych lub leczonych przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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 ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być osoby ubezpieczone w ramach umowy głównej.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
 - 1) Ubezpieczający składa ofertę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i - z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych - zupełny.
 - 2) Ubezpieczający składając ofertę zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia wyraża jednocześnie zgodę na zawarcie aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych we wstępie do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i stanowiącego załącznik do tej oferty.
 - 3) Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
 - 4) Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty, z zastrzeżeniem zdania następnego. Pierwszą dodatkową umowę ubezpieczenia zawieraną z uwzględnieniem warunków specjalnych określonych w regulaminie uważa się za zawartą z dniem rejestracji przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego czyli przyjęcia tego wniosku przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności.
 - 5) W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie

na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu – wraz z dokumentem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4 – informacji o postanowieniach dodatkowej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a dodatkowa 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 uważa się za niezawartą.

- 6) Postanowienia ust. 5 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń/upoważnień/deklaracji, zawiera zapisy zmieniające treść formularza wniosku ubezpieczeniowego lub postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia lub w inny sposób nie spełnia wymagań w nich określonych.
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) Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo proponuje 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.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłaconą w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Towarzystwo nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Składki.
 - 4) Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający zgłosi sprzeciw przynajmniej 14 (czternaście) dni przed rozpoczęciem tego okresu ubezpieczenia. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego odpowiednio: pierwszą albo drugą rocznicę umowy głównej następującą po dniu zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby okres ubezpieczenia był dłuższy niż 6 (sześć) miesięcy i jednocześnie nie dłuższy niż 18 (osiemnaście) miesięcy.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku począwszy od dnia następnego po zakończeniu poprzedniej umowy dodatkowej, aż do dnia poprzedzającego odpowiednią następną rocznicę umowy głównej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. Ochrona ubezpieczeniowa w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia zawieranej z uwzględnieniem warunków specjalnych określonych w regulaminie rozpoczyna się od rocznicy umowy głównej wskazanej we wniosku ubezpieczającego, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 1, ale nie wcześniej niż z dniem zawarcia tej umowy.

§ 6.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy wraz z wysokością składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej ustaloną zgodnie z § 7 ust. 1,

z zastrzeżeniem postanowień regulaminu w przypadkach, gdy pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta z uwzględnieniem warunków specjalnych w nim określonych. Jeżeli Towarzystwo proponuje wzrost sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy, to jej procentowy wzrost będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

3. Suma ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy nie podlega podwyższeniu z tytułu dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia – zgodnie z warunkami ogólnymi tej umowy – stanowiącej rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - 2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Jeżeli pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta z uwzględnieniem warunków specjalnych określonych w regulaminie, to wysokość składki ubezpieczeniowej zostanie ustalona z uwzględnieniem jego postanowień.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.
3. Pierwsza składka ubezpieczeniowa należna z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płatna wraz ze złożeniem oferty zawarcia tej umowy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
4. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczenia Składki.
6. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu regulują: § 4 ust. 3 pkt 2, aneks wskazany w § 4 ust. 2 pkt 2 oraz regulamin.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu zachorowania na nowotwór złośliwy obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego jest dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie nowotworu złośliwego potwierdzone przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie.
3. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Dokumentację potwierdzającą zdarzenie ubezpieczeniowe stanowi dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia nowotworu złośliwego, w tym historia choroby, wyniki badań oraz inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.

4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 7, 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 pisemnie zawiadomia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSĄPIENIE 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 razie odstąpienia od umowy ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
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, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, przy czym za miesiąc ubezpieczenia uznaje się bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się w dniu rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną (jeżeli dniem rejestracji wniosku jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego),
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 pkt 4,
 - 3) z dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłacenie nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia Składki,
 - 5) z dniem zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej,
 - 6) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 7) z dniem i w przypadku wskazanych w regulaminie,
 - 8) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla dodatkowej 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

3. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.
6. Towarzystwo na żądanie ubezpieczającego udziela w każdej chwili informacji o wysokości zadłużenia.
7. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed rocznicą umowy głównej Towarzystwo przesyła ubezpieczającemu informację o wysokości jego zadłużenia na dzień wskazany w powyższej informacji, wyodrębniając:
 - 1) wartość zadłużenia powstałego w okresie od ostatniej rocznicy umowy głównej oraz
 - 2) wartość zadłużenia powstałego w okresie 12 (dwunastu) miesięcy bezpośrednio poprzedzających okres, o którym mowa powyżej.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 czerwca 2019 roku i weszły w życie 27 lipca 2019 roku.

ZAŁĄCZNIK DO OFERTY UBEZPIECZAJĄCEGO ZAWARCIA DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy aneks stanowi załącznik do oferty ubezpieczającego zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Zachorowania na Nowotwór Złośliwy (dalej: „ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia”) i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie:

- 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,
- 2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,
- 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

Wskazane w niniejszym aneksie zmiany umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych powyżej w punktach od 1) do 3) mają miejsce w drodze porozumienia stron umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w trybie określonym w ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia wyraża jednocześnie zgodę na zawarcie niniejszego aneksu.

1. Użyte w niniejszym aneksie następujące terminy oznaczają:
 - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych we wstępie do niniejszego aneksu;
 - 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – dodatkowa umowa ubezpieczenia, o której mowa we wstępie do niniejszego aneksu;
 - 3) **wartość zadłużenia** – określona na dany dzień kwota wierzytelności przysługujących Towarzystwu z tytułu niezapłaconych składek należnych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane powyżej są stosowane w niniejszym aneksie zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia oraz ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nalicza odsetki za opóźnienie w zapłacie składek należnych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia stosując zmienną stopę oprocentowania nie wyższą niż WIBOR 6 (sześć)-miesięczny powiększony o 4 (cztery) punkty procentowe.
4. Zadłużenie tworzą niezapłacone składki należne z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz odsetki, o których mowa powyżej. Składki należne z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia są należne także w okresie zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może w każdej chwili dokonać spłaty części lub całości zadłużenia.

8. Jeżeli ubezpieczający do najbliższej rocznicy umowy głównej nie spłaci zadłużenia, o którym mowa w ust. 7 pkt 2, wówczas Towarzystwo będzie uprawnione do odliczenia z jego rachunku jednostek maksymalnie takiej liczby jednostek, których wartość po potrąceniu należnych podatków będzie równa wartości tego zadłużenia określonej na dzień odliczenia.
9. Odliczenie, o którym mowa w ust. 8 ma miejsce po najbliższej rocznicy umowy głównej, nie później jednak niż w terminie 90 (dziewięćdziesięć) dni po tej dacie, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w rachunku i według wartości jednostek tych funduszy obowiązującej w tym dniu.
10. Odliczenie dokonane zgodnie z ust. 8 powoduje zmniejszenie wartości zadłużenia ubezpieczającego o kwotę otrzymaną w wyniku tego odliczenia pomniejszoną o kwotę należnych podatków.
11. Niniejszy aneks zmienia główną umowę ubezpieczenia w ten sposób, że:
 - 1) świadczenia wypłacane z tytułu śmierci ubezpieczonego lub niezdolności ubezpieczonego do pracy albo wypłacane jako wartość odstąpienia od tej umowy podlegają pomniejszeniu o wartość zadłużenia, z zastrzeżeniem pkt 4 poniżej,
 - 2) kwoty wypłacane jako częściowe lub całkowite wypłaty wartości lokacyjnej nie mogą być wyższe niż wartość odstąpienia od tej umowy pomniejszona o wartość zadłużenia, z zastrzeżeniem pkt 4 poniżej,
 - 3) umowa rozwiązuje się, gdy suma wartości polisy oraz wartości lokacyjnej pomniejszona o wartość zadłużenia jest równa lub mniejsza od zera, z zastrzeżeniem pkt 4 poniżej,
 - 4) wartości wskazane w pkt 1-3 powyżej, przed pomniejszeniem o wartość zadłużenia pomniejsza się o kwotę wierzytelności przysługujących Towarzystwu z tytułu niezapłaconych składek należnych z tytułu wszelkich innych dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia na podstawie odrębnych warunków ubezpieczenia.
12. W razie zwrotu składek zapłaconych tytułem dodatkowej umowy ubezpieczenia – z innych przyczyn niż rozwiązanie tej umowy wskutek odstąpienia przez ubezpieczającego – zwracana kwota podlega pomniejszeniu o wartość zadłużenia, co powoduje zmniejszenie tego zadłużenia o kwotę dokonanego potrącenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. Zwracana kwota, o której mowa powyżej podlega także pomniejszeniu o kwotę wierzytelności przysługujących Towarzystwu z tytułu niezapłaconych składek należnych z tytułu wszelkich innych dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia na podstawie odrębnych warunków ubezpieczenia.
13. Niniejszy aneks wchodzi w życie z chwilą zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i obowiązuje przez czas trwania głównej umowy ubezpieczenia.

Niniejszy aneks został przyjęty uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 17 grudnia 2014 roku.