

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI ALBO NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (SNPK/J/2/2016)

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,
- 4) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Bonus ze składką regularną,
- 5) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Superbonus.

§ 1. DEFINICJE

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, dokumencie potwierdzającym zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
 - 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
 - a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo pierwszej oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo kolejnej oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
 - 3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek wypadku komunikacyjnego, która rozpoczęła się w terminie 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od daty tego wypadku komunikacyjnego, trwała nieprzerwanie 12 (dwanaście) miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny;
 - 6) **śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty tego wypadku komunikacyjnego;
 - 7) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia i zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 8) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
 - 9) **wypadek komunikacyjny** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę mającą związek z ruchem pojazdu drogowego lub szynowego lub statku wodnego lub powietrznego i niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
 - 10) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
 - 11) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego albo niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 12) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.
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 życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego albo niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci albo niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci albo niezdolności do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego (dalej „suma ubezpieczenia”).

§ 3. OGRODNICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli wypadek komunikacyjny lub jego następstwa miały miejsce:

- 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
- 2) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem drogowym lub szynowym lub statkiem wodnym lub powietrznym jeżeli ubezpieczony nie posiadał do tego odpowiednich uprawnień,
- 3) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem drogowym lub szynowym lub statkiem wodnym lub powietrznym bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu,
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
- 5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub 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, ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 6) w związku z zawodowym kierowaniem przez ubezpieczonego pojazdem drogowym lub szynowym lub statkiem wodnym lub powietrznym,
- 7) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- 8) w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia.
2. Każda dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.
3. Przyjęcie przez ubezpieczającego pierwszej oferty Towarzystwa i tym samym zawarcie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje poprzez wpłatę składki w wysokości i terminie wskazanych w ofercie lub – o ile Towarzystwo wyrazi na to zgodę - poprzez zgłoszenie ubezpieczającego pisemnie lub telefonicznie pod numerem infolinii Towarzystwa.
4. Przyjmując pierwszą ofertę Towarzystwa ubezpieczający wyraża jednocześnie zgodę na zawarcie aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych we wstępie do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i stanowiącego załącznik do tej oferty Towarzystwa.
5. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu tej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat, z zastrzeżeniem zdań następujących. Towarzystwo nie proponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
6. Jeżeli ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki wcześniejsza umowa dodatkowa została zawarta, uważa się, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią oferty Towarzystwa. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 (jednego) roku począwszy od 1 (pierwszej) rocznicy głównej umowy ubezpieczenia do dnia bezpośrednio poprzedzającego 2 (drugą) rocznicę głównej umowy ubezpieczenia, które następują po złożeniu przez Towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.
2. Z zastrzeżeniem zdania następnego, ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia przysługuje

ubezpieczonemu nie wcześniej niż od następnego dnia po wpłacie składki albo pisemnym lub telefonicznym zgłoszeniu ubezpieczającego, o których mowa w § 4 ust.3.

§ 6.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia wraz z ustaleniem wysokości składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej zgodnie z § 7 ust. 1.
3. Suma ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo w ramach dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, obowiązującej taryfy skladek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa skladek jest wybierana na podstawie wieku ubezpieczonego określonego na pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 5 ust. 1.
2. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płatna jest jednocześnie ze składką należną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności tej ostatniej składki.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę ubezpieczeniową – proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
4. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.
5. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu są wskazane w § 4 ust. 5 oraz w aneksie, o którym mowa w § 4 ust. 4.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.
2. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, o ile wypadek komunikacyjny oraz śmierć ubezpieczonego nastąpiły w czasie trwania tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia. W każdym innym przypadku jest równa sumie ubezpieczenia, która obowiązywała w ostatnim dniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w czasie trwania której nastąpił wypadek komunikacyjny.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu wypadku komunikacyjnego.
4. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Towarzystwo może wymagać od ubezpieczonego, aby w celu obiektywnego ustalenia jego stanu zdrowia poddał się on badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego jest wypłacane osobom, które w ramach głównej umowy ubezpieczenia są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek wypadku komunikacyjnego jest wypłacane ubezpieczonemu.
7. 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.
8. W pozostałych kwestiach dotyczących wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

**§ 9.
ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ
UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W 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 najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną jak rocznica głównej umowy ubezpieczenia, przypadającym po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy (jeżeli dniem rocznicy głównej umowy ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego),
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - 3) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
 - 4) z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
 - 5) 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 dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki,
 - 6) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile umowa główna została zawarta na podstawie warunków ogólnych wymienionych w pkt od 1 do 4 wstępu do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,
 - 7) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

**§ 10.
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 opóź-

nienia, 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.

**§ 11.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

**§ 12.
ZAŁĄCZNIKI**

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część jest Informacja o postanowieniach z wzorca umownego.

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

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Śmierci
albo Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 (str. 1) § 8 ust. 1-3 (str. 2)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 1)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 (str. 1)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 7 ust. 1-2 (str. 2)
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

ZAŁĄCZNIK DO OFERTY ZAWARCIA DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI ALBO NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy aneks stanowi załącznik do pierwszej oferty Towarzystwa zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Śmierci albo Niezdolności do Pracy wskutek Wypadku Komunikacyjnego (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,
- 4) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Bonus ze składką regularną,
- 5) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Superbonus.

Wskazane w niniejszym aneksie zmiany umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych powyżej w punktach od 1) do 5) mają miejsce w drodze porozumienia stron umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający wyrażając zgodę na 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.
6. Towarzystwo na żądanie ubezpieczającego udziela w każdej chwili informacji o wysokości zadłużenia.

7. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed rocznicą głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo przesyła ubezpieczającemu informację o wysokości jego zadłużenia na dzień wskazany w powyższej informacji, wyodrębniając:
 - 1) wartość zadłużenia powstałego w okresie od ostatniej rocznicy głównej umowy ubezpieczenia oraz
 - 2) wartość zadłużenia powstałego w okresie 12 (dwunastu) miesięcy bezpośrednio poprzedzających okres, o którym mowa powyżej.
8. Jeżeli ubezpieczający do najbliższej rocznicy głównej umowy ubezpieczenia 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 głównej umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) 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,
 - 2) kwoty wypłacane jako częściowe lub całkowite wypłaty wartości lokacyjnej nie mogą być wyższe niż wartość odstąpienia od tej umowy pomniejszona o wartość zadłużenia,
 - 3) umowa rozwiązuje się, gdy suma wartości polisy oraz wartości lokacyjnej pomniejszona o wartość zadłużenia jest równa lub mniejsza od zera.
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.
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 Avivy Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 24 czerwca 2013 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

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