

**Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy
(NP/JUN/2/2018)**

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. 6 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 § 10 ust. 1



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE
NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (NP/JUN/2/2018)**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO.

**§ 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 lub Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO; 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) **Działalność zarobkowa** – działalność Ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 3) **Niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek Działalności zarobkowej, która rozpoczęła się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała – zaistniałych także w czasie ochrony ubezpieczeniowej – i która trwa w czasie ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez 12 (dwanaście) miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Jeżeli w czasie Niezdolności Ubezpieczonego

do pracy Dodatkowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia i Towarzystwo nie złożyło Ubezpieczającemu oferty zawarcia Kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas nie jest konieczne, aby ta Niezdolność do pracy trwała w czasie ochrony ubezpieczeniowej;

- 4) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy Dodatkowa umowa ubezpieczenia; Ubezpieczonym może być Ubezpieczony w ramach Głównej umowy ubezpieczenia, mający w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w Pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
- 5) **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;
- 6) **Zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sprząty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 7) **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 profesjo-

- nalnym, 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) uprawnione 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;
- 8) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Niezdolność Ubezpieczonego do pracy.
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 lub jest zawierana Główna umowa ubezpieczenia.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do spełnienia – na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia – świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy.
4. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy, w przypadku gdy Ubezpieczone dziecko w ramach Głównej umowy ubezpieczenia pozostaje przy życiu w chwili wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, polega na:
 - 1) Alokowaniu na Rachunek świadczeń – zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego we Wniosku ubezpieczeniowym – części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy, poprzez zarachowanie na tym Rachunku odpowiedniej liczby Jednostek Funduszu Gwarantowanego
 oraz
 - 2) wypłacie Ubezpieczonemu pozostałej części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie Niezdolności do pracy, w przypadku gdy Ubezpieczone dziecko w ramach Głównej umowy ubezpieczenia nie żyje w chwili wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jest wypłacane Ubezpieczonemu.
6. Tytułem Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać spełnione tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe w razie Niezdolności do pracy.

§ 3. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie Niezdolności do pracy nie zostanie spełnione, jeżeli Niezdolność do pracy nastąpiła:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem

- samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.

2. 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 tej umowy.
3. Ubezpieczający i Ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie Działalności zarobkowej Ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu Zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:
 - 1) zaproponuje Ubezpieczającemu zmianę wysokości Regularnej składki z tytułu umowy dodatkowej adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo
 albo
 - 2) zdecyduje, iż w ofertach zawarcia Kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego
 albo
 - 3) zdecyduje o zaprzestaniu składania Ubezpieczającemu ofert zawarcia Kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 4. ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego Ubezpieczonego.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może zostać złożona łącznie z Wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie Głównej umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego złożoną jednocześnie z tym Wnioskiem ubezpieczeniowym, wówczas Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę Ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia, Dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy. Do zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia.
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) 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 Regularna składka z tytułu wcześniejszych Umów dodatkowych.

- 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia Kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia Głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej, a składanej Ubezpieczającemu w związku z Rocznicą ubezpieczenia (indeksacja). Powyższe oznacza, że Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że Ubezpieczający w terminie wskazanym w powyższych postanowieniach Głównej umowy ubezpieczenia poinformuje Towarzystwo o nieprzyjęciu oferty. 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. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą Rocznicą ubezpieczenia, wówczas Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą Rocznicę ubezpieczenia następującą po dniu zawarcia Pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą Rocznicą ubezpieczenia, wówczas Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą Rocznicę ubezpieczenia następującą po dniu zawarcia Pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. 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 ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Regularnej składki z tytułu Pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy jest wskazana w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia Kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo proponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy wraz z wysokością Regularnej składki z tytułu Umowy dodatkowej ustaloną zgodnie z § 7 ust. 2. Jeżeli Towarzystwo proponuje wzrost tej sumy ubezpieczenia, to jej procentowy wzrost będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać Regularną składkę z tytułu Umowy dodatkowej w wysokości oraz terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość Regularnej składki z tytułu Umowy dodatkowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy, częstotliwości opłacania Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa - według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących Ubezpiezonego, w tym jego Wiek 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. W razie rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala jaką część wpłaconej Regularnej składki z tytułu Umowy dodatkowej – po potrąceniu kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia – podlega zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W razie jednoczesnego rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia albo jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, powyższą składkę zwraca się razem ze zwracaną Regularną składką ochronną z tytułu Umowy głównej zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia tej umowy, zaś w pozostałych przypadkach powyższą składkę zwraca się Ubezpieczającemu.

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy obowiązującą w ostatnim dniu 12 (dwunastego) miesiąca trwania Niezdolności do pracy. W poniższych przypadkach uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy, która obowiązywała w dniu rozwiązania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, w czasie trwania której rozpoczęła się Niezdolność do pracy:
 - 1) w przypadku wskazanym w § 1 ust. 1 pkt 3 zdanie drugie, czyli jeżeli w czasie Niezdolności do pracy Dodatkowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia i Towarzystwo nie złożyło Ubezpieczającemu oferty zawarcia Kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku wskazanym w § 6 ust. 2, o ile Towarzystwo zaproponowało zawarcie Kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy niższą od dotychczasowej.
2. Alokacja części świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy zgodnie z § 2 ust. 4 pkt 1 następuje według Wartości Jednostki Funduszu obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy wraz z dokumentami potwierdzającymi Zdarzenie ubezpieczeniowe.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Ubezpiezonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia Ubezpiezonego Towarzystwo może wymagać, aby Ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
4. Do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie Niezdolności do pracy w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia Głównej umowy ubezpieczenia dotyczące spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 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 takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i jednocześnie Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Regularną składkę z tytułu Umowy dodatkowej, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Odstąpienie od Głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
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 bezpośrednio następującego po Miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy,
 - 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - 3) z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpiezonego,
 - 5) z dniem przekształcenia Głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 6) z dniem rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 stycznia 2018 roku i weszły w życie 20 stycznia 2018 roku.