

**Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Złamania Kości,
Skręcenia Stawu lub Oparzenia Ciała (ZSO/NPER/1/2016)**

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4 § 3 § 8 ust. 3-8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-3



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA
W RAZIE ZŁAMANIA KOŚCI, SKRĘCENIA STAWU LUB OPARZENIA CIAŁA (ZSO/NPER/1/2016)**

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 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Kapitalna Przyszłość.

**§ 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 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;
 - 2) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę 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;
 - 4) **rocznica ubezpieczenia** – rocznica głównej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 6) **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;
 - 7) **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 splayy 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;
 - 8) **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) 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;
- 9) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – złamanie kości lub skręcenie stawu lub oparzenie ciała ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wymienione 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 świadczenia ubezpieczeniowego w razie złamania kości, skręcenia stawu lub oparzenia ciała ubezpieczonego, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku i powstałych w dniu tego nieszczęśliwego wypadku (dalej „świadczenie ubezpieczeniowe”).
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jest równa iloczynowi sumy ubezpieczenia oraz odpowiedniego wskaźnika procentowego wskazanego w Tabeli złamań, skręceń i oparzeń, stanowiącej załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
4. Łączna kwota świadczeń ubezpieczeniowych w razie zdarzeń ubezpieczeniowych wypłacanych w związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek 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) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub na skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 3) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
- 4) 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. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:
 - 1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
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, następuje poprzez wpłatę składki w wysokości i terminie wskazanych w tej ofercie lub – o ile Towarzystwo wyrazi na to zgodę – poprzez zgłoszenie ubezpieczającego pisemnie lub telefonicznie pod numerem infolinii Towarzystwa. Jeżeli ubezpieczający przyjmie pierwszą ofertę Towarzystwa, wtedy pierwszą dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach określonych w tej ofercie, z dniem najbliższej rocznicy ubezpieczenia następującej po złożeniu tej oferty przez Towarzystwo ale nie wcześniej niż z następnym dniem po dniu przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.
4. 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 75 (siedemdziesiąt pięć) lat, z zastrzeżeniem zdań następujących. W przypadku ubezpieczonego,

o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo proponuje zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym samym czasie proponuje zawarcie umowy, o której mowa w ust. 1 pkt 2. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.

5. 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 sumy ubezpieczenia i składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, przy czym takie oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Oświadczenie takie ubezpieczony przekazuje ubezpieczającemu. Złożenie przez ubezpieczającego oświadczenia o przyjęciu oferty Towarzystwa w trybie wskazanym w ustępach poprzedzających oznacza, że ubezpieczony przekazał takie oświadczenie ubezpieczającemu. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu otrzymanych od Towarzystwa informacji oraz niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania tych obowiązków, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych. Ubezpieczony może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do jej rozwiązania, z zastrzeżeniem §7 ust. 3.

§ 6.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może proponować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana na podstawie wieku ubezpieczonego określonego na pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, o którym mowa w §5 ust. 1 i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat i zwraca się jednocześnie z wypłatą

wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia.

5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczenia wpłat, a następnie – jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.
2. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku złamania więcej niż jednej kości tej samej kończyny ubezpieczonego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie złamania kości kończyny, z zastrzeżeniem §2 ust. 4.
4. W przypadku złamania kości kończyny oraz kości palców tej samej kończyny ubezpieczonego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie złamania kości kończyny, z zastrzeżeniem §2 ust. 4.
5. W przypadku złamania więcej niż jednej kości kręgosłupa lub kości miednicy ubezpieczonego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie złamania kości kręgosłupa i jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie złamania kości miednicy, z zastrzeżeniem §2 ust. 4.
6. W przypadku złamania więcej niż jednej kości głowy, kości twarzy, kości klatki piersiowej lub kości palców kończyny górnej lub dolnej ubezpieczonego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia ubezpieczeniowego w razie odpowiednio złamania kości głowy, kości twarzy, kości klatki piersiowej lub kości palców kończyny, z zastrzeżeniem §2 ust. 4.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku ponownego skręcenia stawu, w związku z którym Towarzystwo już wcześniej wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe tytułem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach jakiegokolwiek dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu oparzenia II i III stopnia przysługuje w przypadku uszkodzeń skóry tkanek i narządów, będących skutkiem działania ciepła, czynników chemicznych lub promieniowania i obejmujących łącznie ponad 10 proc. (dziesięć procent) powierzchni ciała.
9. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłączniczo wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby poddał się na badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
10. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
11. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego 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 takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
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 umowy,
- 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
- 3) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,
- 4) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w §4 ust. 1 pkt 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
- 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 główna umowa ubezpieczenia.

§ 11.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część jest Tabela złamań, skręceń i oparzeń.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 24 maja 2016 roku i weszły w życie 18 czerwca 2016 roku.

TABELA ZŁAMAŃ, SKRĘCEŃ I OPARZEŃ

1.	Złamanie kości kończyny dolnej (z wyjątkiem kości palców)	40 proc.
2.	Złamanie kości kończyny górnej (z wyjątkiem kości palców)	20 proc.
3.	Złamania kości kręgosłupa lub kości miednicy	100 proc.
4.	Złamania kości głowy, kości twarzy, kości klatki piersiowej, kości palców kończyny górnej lub kości palców kończyny dolnej	10 proc.
5.	Skręcenie stawu barkowego, stawu łokciowego, stawu nadgarstkowego, stawu biodrowego, stawu kolanowego lub stawu skokowego	10 proc.
6.	Oparzenie II stopnia, obejmujące ponad 10% powierzchni ciała	20 proc.
7.	Oparzenie III stopnia, obejmujące ponad 10% powierzchni ciała	40 proc.
8.	Oparzenie o głębokości przekraczającej III stopień, oparzenia przewodu pokarmowego lub oparzenia dróg oddechowych	100 proc.

INFORMACJA UZUPEŁNIAJĄCA DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejsza informacja uzupełniająca ma zastosowanie do poniższych umów ubezpieczenia:

- Ubezpieczenie Uniwersalne Nowa Perspektywa,
- Ubezpieczenie Inwestycyjne Kapitalna Przyszłość,
- Ubezpieczenie Uniwersalne Perspektywa,
- Ubezpieczenie Uniwersalne Plus,
- Ubezpieczenie Uniwersalne,

w których przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od dnia 1 stycznia 2016 roku zostaje rozszerzony poprzez zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia (na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia takiej dodatkowej umowy), przy czym w przypadku umów Nowa Perspektywa i Kapitalna Przyszłość niniejsza informacja uzupełniająca dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia będących w ofercie Towarzystwa do dnia 31 grudnia 2015 roku włącznie.

W związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, treść umowy ubezpieczenia zostaje uzupełniona o poniższe informacje.

I. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

II. Reklamacje

- Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy prawo pocztowe),
 - ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust.1-8.
- 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, uposażonym 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.
- Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
- Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust.10-11, regulują właściwe przepisy.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

Niniejsza informacja uzupełniająca została przyjęta uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 23 grudnia 2015 roku i weszła w życie 1 stycznia 2016 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