

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poniesienia Kosztów Leczenia
Skutków Nieszczęśliwego Wypadku (KLNW/J/1/2019)

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. 3-4 § 3 § 8 ust. 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 PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA
SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KLNW/J/1/2019)**

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,
- 4) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS ze składką regularną,
- 5) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego SUPERBONUS.

**§ 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) **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, zastraszania 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 (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poniesienia Kosztów Leczenia Skutków Nieszczęśliwego Wypadku jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Bonus ze składką regularną albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Superbonus; 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) **główna umowa ubezpieczenia (umowa główna)** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 4) **koszty leczenia** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty przeprowadzonego pod kontrolą lekarza i na terenie Polski leczenia u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony. Koszty leczenia obejmują następujące koszty poniesione w okresie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku:
 - a) koszty wizyt lekarskich,
 - b) koszty pobytu w szpitalu,
 - c) koszty zabiegów i operacji, z wyłączeniem operacji plastycznych,
 - d) koszty znieczulenia, w tym koszty jego podania,
 - e) koszty badań,
 - f) koszty przewiezienia ubezpieczonego do placówki medycznej, w której udzielono mu pomocy medycznej po nieszczęśliwym wypadku, w tym koszty wezwania karetki pogotowia,
 - g) koszty nabycia leków dostępnych wyłącznie na receptę,
 - h) koszty nabycia środków opatrunkowych.
Do kosztów leczenia nie należą koszty rehabilitacji;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 6) **placówka medyczna** – prywatny albo publiczny podmiot leczniczy, który działa zgodnie z przepisami prawa i świadczy opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia oraz zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;

- 7) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekle chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
 - 8) **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;
 - 9) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 10) **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;
 - 11) **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 spływy 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;
 - 12) **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;
 - 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – poniesienie kosztów leczenia u ubezpieczonego skutków 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 poniesienia kosztów leczenia u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ ubezpieczony.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego jest równa kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów leczenia ubezpieczonego, udokumentowanych oryginałami faktur lub rachunków, jednak łącznie nie więcej niż suma ubezpieczenia.
4. Łączna kwota wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych, wypłaconych tytułem zdarzeń ubezpieczeniowych związanych z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia.

§ 3.

OGROMACZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

- 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezależnym 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 popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- 3) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
- 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 podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 5) 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 podlegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.

§ 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. 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 ofercie lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. Jeżeli ubezpieczający przyjmie pierwszą ofertę Towarzystwa, wtedy pierwszą dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach określonych w tej ofercie, z pierwszym dniem okresu ubezpieczenia ale nie wcześniej niż z następnym dniem po dniu przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.
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 pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 75 (siedemdziesiąt pięć) lat, z zastrzeżeniem zdań następujących. Towarzystwo nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli było przyznane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Ubezpieczenia Składki. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
6. 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.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek rozpoczyna się nie wcześniej niż nastę-

nego 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 okres począwszy od pierwszej rocznicy umowy głównej do dnia bezpośrednio poprzedzającego drugą rocznicę umowy głównej, które następują po złożeniu przez Towarzystwo oferty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia wraz z wysokością składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej ustaloną zgodnie z §7 ust.1, przy czym procentowy wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy proponowanemu wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia w ramach głównej umowy ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia 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, 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.
2. 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. 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 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 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. Łączna kwota wszystkich świadczeń 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 obowiązująca dla tej umowy.
4. 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 stanowią łącznie:
 - 1) rachunki i faktury potwierdzające poniesione koszty leczenia ubezpieczonego,
 - 2) dokumenty potwierdzające nieszczęśliwy wypadek,
 - 3) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
5. 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.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe 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. Jeżeli koszty leczenia zostały poniesione w walucie obcej, kwoty wskazane w przedstawionych rachunkach i fakturach są przeliczane na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli Narodowego Banku Polskiego, obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów.
8. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
9. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust.8, 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 zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
10. 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 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 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. 6,
- 3) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, której zapłaceniu nie jest konieczne w związku z uznaniem przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia Składki,
- 4) 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,
- 5) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10. REKLAMACJE

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust.7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust.1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub upraw-

nionym 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, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

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

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.

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

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 ZAWARCIA DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE PONIESIENIA KOSZTÓW LECZENIA SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy aneks stanowi załącznik do oferty ubezpieczającego zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poniesienia Kosztów Leczenia Skutków Nieszczęśliwego Wypadku (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 przyjmując ofertę Towarzystwa zawarcia 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 bezpośrednio 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 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.
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 (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, 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 12 czerwca 2019 roku.