Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek" (WY2/NPER/7/2018)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1 § 8 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 § 8 ust. 7-9 i ust. 11-16
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

AVIVA

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK" (WY2/NPER/7/2018)

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 – Nowa Perspektywa.

§ 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, 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 Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek", jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa; 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;
   3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiejkolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
   4) **dzień pobytu w szpitalu** – każdy dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem pobytu jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala;
   5) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej;
   6) **koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty prowadzonego pod kontrolą lekarza procesu leczniczego, mającego na celu uzyskanie przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, czynności uszkodzonego narządu lub narządów, realizowanego metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii oraz koszty zaopatrzenia ortopedycznego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych). Koszty rehabilitacji obejmują koszty poniesione przez ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku. Do kosztów rehabilitacji nie należą koszty jakichkolwiek badań wykonanych w czasie leczenia;
   7) **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;
   8) **niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, która rozpoczęła się w terminie 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku, trwała nieprzerwanie 12 (dwanaście) miesięcy i po tym okresie ma charakter trwały i nieodwracalny;
   9) **pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłą-

czeniem pobytu na szpitalnym oddziale ratunkowym lub oddziale rehabilitacyjnym, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, który rozpoczął się w terminie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku i którego celem było leczenie uzasadnione stanem zdrowia ubezpieczonego, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jeden pobyt w szpitalu;

10) **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;

11) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty tego nieszczęśliwego wypadku;

12) **trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone dolegliwości, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy – będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony i powstałe u niego w terminie 12 (dwunastu) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku;

13) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia, mniej niż 70 (siedemdziesiąt) lat;

14) **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;

15) **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 górska 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;

16) **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;

17) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – uwzględnione w zakresie ubezpieczenia dodatkowej umowy ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność ubezpieczonego do pracy 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 lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w życiu ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia zależy od wariantu ubezpieczenia i obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Wariant I:
    a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    c) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;

2) Wariant II:
    a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    c) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    d) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;

3) Wariant III:
    a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    c) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    d) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    e) niezdolność ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia w wariancie I i II jest zawierana z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Dodatkowa umowa ubezpieczenia w wariancie III jest zawierana z progresywnym systemem wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

1) w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości 50 (pięćdziesiąt) procent sumy ubezpieczenia w przypadku wariantu I oraz 100 (sto) procent sumy ubezpieczenia w przypadku wariantów II i III;

2) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi sumy ubezpieczenia oraz:
    a) w proporcjonalnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
    b) w progresywnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz wskaźnika progresji, który zależy od orzeczonego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
        - 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu niższych niż 26 (dwadzieścia sześć) procent,
        - 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 26 (dwadzieścia sześć) procent, ale niższych niż 46 (czterdzieści sześć) procent,
        - 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 46 (czterdzieści sześć) procent, ale niższych niż 66 (sześćdziesiąt sześć) procent,

- 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 66 (sześćdziesiąt sześć) procent, ale niższych niż 86 (osiemdziesiąt sześć) procent,
- 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 86 (osiemdziesiąt sześć) procent, ale nie wyższych niż 100 (sto) procent;

3) w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia;

4) w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 120 (sto dwadzieścia) dni; świadczenie ubezpieczeniowe jest równe iloczynowi liczby dni pobytu w szpitalu oraz dziennego świadczenia w wysokości:

   a) 0,2 procent sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 1 (pierwszego) do 30 (trzydziestego) dnia,

   b) 0,15 procent sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 31 (trzydziestego pierwszego) do 60 (sześćdziesiątego) dnia,

   c) 0,1 procent sumy ubezpieczenia – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 61 (sześćdziesiątego pierwszego) do 120 (sto dwudziestego) dnia;

5) w razie poniesienia kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości stanowiącej równowartość poniesionych przez ubezpieczonego kosztów jego rehabilitacji, udokumentowanych oryginałami rachunków, jednak łącznie nie więcej niż 15 (piętnaście) procent sumy ubezpieczenia.

5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o opcję sportową polegającą na objęciu ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w trakcie uprawiania przez niego poniższych aktywności, o ile nie stanowi to działalności zarobkowej:

   1) stanowiących wyczynowe uprawianie sportu: łucznictwo, szermierka sportowa, baseball, badminton, tenis ziemny, tenis stołowy, squash, siatkówka, koszykówka, łyżwiarstwo szybkie, łyżwiarstwo figurowe, surfing, windsurfing, narty wodne z wyłączeniem akrobacji, snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboardingu poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, kolarstwo, kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), bilard, golf, curling, taniec, jazda konna, skoki przez przeszkody z wyłączeniem wyścigów konnych, piłka nożna (w tym halowa), piłka ręczna, rugby, futbol amerykański, piłka wodna, gimnastyka z wyłączeniem kulturystyki, hokej na trawie, hokej na lodzie, biathlon, pięciobój, dziesięciobój, triathlon, lekkoatletyka, żeglarstwo śródlądowe i przybrzeżne do 25 mil morskich od brzegu, narciarstwo biegowe, narciarstwo alpejskie z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego, saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, wioślarstwo, kajakarstwo z wyłączeniem kajakarstwa górskiego i górskich spływów wodnych, pływanie, sporty walki bez użycia broni (tj.: aikido, hapkido, judo, karate, kungfu, taekwondo);

   2) zaliczanych do zajęć zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia pod warunkiem, że nie są uprawiane w ramach wyczynowego ani zawodowego uprawiania sportu:

      a) bezdekompresyjne nurkowanie z partnerem poza wrakami i jaskiniami przy użyciu sprzętu z obiegiem otwartym i z zejściem nie niżej niż na głębokość 40 m, pod warunkiem że ubezpieczony posiada uprawnienia potwierdzone międzynarodowo uznawanym certyfikatem (PADI, CMAS) lub nurkowanie odbywa się podczas kursu mającego na celu uzyskanie takich uprawnień przez ubezpieczonego w asyście instruktora z aktualnym międzynarodowo uznawanym certyfikatem uprawniającym do prowadzenia kursu danego rodzaju,

      b) żeglarstwo morskie i oceaniczne uprawiane na jednostce przewidzianej na co najmniej siedmioro członków załogi prowadzonej przez osobę posiadającą patent Jachtowego Sternika Morskiego lub Kapitana Jachtowego Polskiego Związku Żeglarskiego lub adekwatne uprawnienia wydane przez ISSA (Inshore Skipper, Offshore Skipper lub Master of Yacht),

      c) wspinaczka skałkowa poniżej 4000 m n.p.m. uprawiana z użyciem specjalistycznego sprzętu na drogach do 5 klasy trudności włącznie wg klasyfikacji UIAA, V klasyfikacji polskiej, 4b brytyjskiej, 5.7 północnoamerykańskiej, 4+ francuskiej, 14 australijskiej, 5 skandynawskiej lub III saksońskiej,

      d) wyprawy w wysokie góry poniżej 4000 m n.p.m.

§ 3.
OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

   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 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, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5;

   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 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 pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego rehabilitacyjno-usprawniającego leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku.

4. 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 dodatkowej umowy ubezpieczenia 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. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:

1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,

2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej lub zawieranej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.

2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo z zastrzeżeniem, że ubezpieczający może złożyć ofertę zawarcia takiej umowy na rzecz ubezpieczonego pod warunkiem, że w tym samym czasie ubezpieczony nie jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju. Oferta może zostać złożona łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia albo w trakcie jej trwania. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, 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 nieuregulowanym 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 zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, będącej uzupełnieniem umowy ubezpieczenia na życie zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa, określając warunki ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej umowy dodatkowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 75 (siedemdziesiąt pięć) lat, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo zaproponuje zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym samym czasie zaproponuje zawarcie umowy, o której mowa w ust. 1 pkt 2.

2) 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.

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 sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej ubezpieczającemu w związku z rocznicą ubezpieczenia. 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.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia w wariancie III nie może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 będącym własnym lub przysposobionym dzieckiem ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia, które pozostaje pod jego władzą rodzicielską lub pozostawało do uzyskania pełnoletności.

§ 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, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się po tym, jak Towarzystwo w ramach głównej umowy ubezpieczenia przygotowało w związku z najbliższą rocznicą ubezpieczenia propozycję dotyczącą zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki od tej rocznicy, wówczas ta umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą rocznicę ubezpieczenia następującą po jej zawarciu.

3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6.
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość sumy ubezpieczenia, wariant ubezpieczenia oraz rozszerzenie o opcję sportową są wskazane w dokumencie ubezpieczenia. Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę parametrów wskazanych w ust.1, w szczególności zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, przy czym procentowy wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy proponowanemu przez Towarzystwo wskaźnikowi wzrostu podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci w ramach umowy głównej.

§ 7.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

2. Wysokość składki regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:

1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa odpowiedniej dla obowiązującego wariantu ubezpieczenia oraz tego, czy zakres ochrony ubezpieczeniowej został rozszerzony o opcję sportową – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.

2) Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

3. 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.

5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznacza się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 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 w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględnia się wyso-

kość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego, o ile nieszczęśliwy wypadek oraz śmierć ubezpieczonego nastąpiły w czasie trwania tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia. W każdym innym przypadku uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia, która obowiązywała w ostatnim dniu tej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w czasie trwania której nastąpił nieszczęśliwy wypadek.

3. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego innego niż wskazane w ust. 2, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.

4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ustala się na podstawie Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu nieszczęśliwego wypadku.

5. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.

6. Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują lekarze wskazani przez Towarzystwo.

7. Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpił więcej niż jeden rodzaj uszczerbku, wówczas świadczenia ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku sumuje się, z tym, że łącznie Towarzystwo wypłaci nie więcej niż świadczenie ubezpieczeniowe odpowiadające 100 (stu) procentom uszczerbku.

8. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową były już dotknięte trwałym uszczerbkiem – w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej – stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się wówczas jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed tym wypadkiem. Jeżeli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe, wówczas przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku, za który wypłacono świadczenie. Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed nieszczęśliwym wypadkiem, przyjmuje się, że wcześniejszy uszczerbek na zdrowiu nie istniał.

9. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powinien być ustalany po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 (trzech) miesięcy od daty tego nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od tego dnia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

10. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wskazanego przez Towarzystwo okres leczenia będzie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, wówczas ubezpieczony może po upływie 6 (sześciu) miesięcy leczenia złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa będzie należna po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną wysokość minimalnego świadczenia, o którym mowa powyżej, określa się na podstawie przedstawionych przez ubezpieczonego dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Towarzystwo. W razie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zasadami określonymi w zdaniach poprzedzających stosuje się postanowienia ust. 13.

11. W razie kolejnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku oblicza się na podstawie sumy dni jego pobytów w szpitalu.

12. Łączna kwota wszystkich świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wypłacanych w związku z nieszczęśliwymi wypadkami, które nastąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej tytułem tej samej dodatkowej umowy ubezpieczenia – nie może być wyższa niż 15 (piętnaście) procent sumy ubezpieczenia obowiązującej dla tej umowy.

13. Jeżeli wypłacono świadczenie ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłaca się w kwocie stanowiącej nadwyżkę wysokości tego świadczenia ponad sumę uprzednio wypłaconych świadczeń, o których mowa powyżej.

14. Jeżeli został ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a ubezpieczony zmarł przed otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu z przyczyn związanych z tym wypadkiem, wówczas wypłaca się wyłącznie świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

15. Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku przysługuje świadczenie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do maksymalnej wysokości świadczenia, jakie może zostać wypłacone w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

16. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych o charakterze nawykowym, zmęczeniowym lub wysiłkowym w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, potwierdzonym w dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem zdania następnego. Powyższe ograniczenie nie dotyczy niezdolności ubezpieczonego do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, ani śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

17. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane osobom, które w ramach odpowiednio głównej umowy ubezpieczenia albo umowy wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 są uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego. Pozostałe świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu.

18. Wszystkie świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane w złotych polskich. Jeżeli ubezpieczony poniósł koszty rehabilitacji w walucie obcej, kwoty wskazane w przedstawionych przez niego rachunkach są przeliczane na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli Narodowego Banku Polskiego z dnia poniesienia przez ubezpieczonego tych kosztów.

19. Do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia dotyczące 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. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.

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) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
   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 lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 11.
ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część, jest Tabela procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.

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.

AVIVA

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, tel. 22 557 44 44, e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

120310/GR/0316/10000