

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Złamania Kości,
Skręcenia Stawu lub Oparzenia Ciała
(ZSO/J/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 potrącone 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/J/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:

- 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) **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 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;
- 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 sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 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 złań, 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 w głównej umowie ubezpieczenia.
2. Każda dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego.

3. Przyjęcie przez ubezpieczającego pierwszej oferty Towarzystwa, 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. Przyjmując pierwszą ofertę Towarzystwa ubezpieczający wyraża jednocześnie zgodę na zawarcie aneksu do ogólnych warunków ubezpieczenia wymienionych we wstępie do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i stanowiącego załącznik do tej oferty Towarzystwa.
5. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu tej umowy będzie mieć mniej niż 75 (siedemdziesiąt pięć) lat, z zastrzeżeniem zdania następnego. Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje ubezpieczającemu zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
6. Jeżeli ubezpieczający najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia uważa się, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią oferty Towarzystwa. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
7. 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. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz w zawartej na ich podstawie dodatkowej umowie ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego, i trwa do dnia rozwiązania tej umowy. Ochrona ubezpieczeniowa w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem zawarcia tej umowy, o którym mowa w §4 ust. 3.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres począwszy od pierwszej rocznicy głównej umowy ubezpieczenia do dnia bezpośrednio poprzedzającego drugą rocznicę głównej umowy ubezpieczenia, które następują po złożeniu przez Towarzystwo oferty zawarcia umowy dodatkowej.

§ 6. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zaproponuje zmianę sumy ubezpieczenia wraz z ustaleniem wysokości składki regularnej z tytułu umowy dodatkowej zgodnie z §7 ust. 1, przy czym wzrost tej sumy ubezpieczenia będzie równy wskaźnikowi indeksacji sumy ubezpieczenia proponowanemu w ramach głównej umowy ubezpieczenia.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. 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. 2 i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.
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 podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki.
5. Skutki nieopłacenia składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia jej po upływie tego terminu są wskazane w § 4 ust. 5 oraz w aneksie, o którym mowa w § 4 ust. 4.

§ 8. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy 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. 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.
10. 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.

11. 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 poddał się na badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
12. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane ubezpieczonemu.
13. 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.
14. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
15. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 14, 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.
16. 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 najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak rocznica umowy głównej, przypadającym po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia (jeżeli dniem rocznicy umowy głównej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, to wtedy z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego),
 - 2) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem §4 ust. 6,
 - 3) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 4) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu

rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.

5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę 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 uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 11.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

§ 12.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część jest Tabela złamań, skróceń 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.

ZAŁĄCZNIK DO OFERTY ZAWARCIA DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE ZŁAMANIA KOŚCI, SKRĘCENIA STAWU LUB OPARZENIA CIAŁA

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy aneks stanowi załącznik do oferty ubezpieczającego zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Złamania Kości, Skręcenia Stawu lub Oparzenia Ciała (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 wnioskując o zawarcie pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w trybie określonym w ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia wyraża jednocześnie zgodę na zawarcie niniejszego aneksu.

1. Użyte w niniejszym aneksie następujące terminy oznaczają:
 - 1) **główna umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych we wstępie do niniejszego aneksu;
 - 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – dodatkowa umowa ubezpieczenia, o której mowa we wstępie do niniejszego aneksu;
 - 3) **wartość zadłużenia** – określona na dany dzień kwota wierzytelności przysługujących Towarzystwu z tytułu niezapłaconych składek należnych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane powyżej są stosowane w niniejszym aneksie zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia oraz ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo nalicza odsetki za opóźnienie w zapłacie składek należnych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia stosując zmienną stopę oprocentowania nie wyższą niż WIBOR 6 (sześć) -miesięczny powiększony o 4 (cztery) punkty procentowe.
4. Zadłużenie tworzą niezapłacone składki należne z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz odsetki, o których mowa powyżej. Składki należne z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia są należne także w okresie zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może w każdej chwili dokonać spłaty części lub całości zadłużenia.
6. Towarzystwo na żądanie ubezpieczającego udziela w każdej chwili informacji o wysokości zadłużenia.

7. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed rocznicą 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 24 maja 2016 roku.

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, poczynwszy 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 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

1. Przez reklamację, 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.
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, 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.
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, 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