

Ogólne warunki do ubezpieczeń  
uniwersalnych

# Tymczasowa Umowa Ubezpieczenia na Życie



# OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OTG/JT/1/2006

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., zwanym dalej „Towarzystwem”.

## § 1. DEFINICJE

Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie 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) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków, innych niż ogólne warunki umów dodatkowych, wskazanych przez ubezpieczającego we wniosku stanowiącym deklarację woli zawarcia tejże umowy;
- 2) **dotatkowe umowy ubezpieczenia lub umowy dotatkowe** – umowy ubezpieczenia zawierane na podstawie ogólnych warunków umów dodatkowych, wskazanych przez ubezpieczającego we wniosku stanowiącym deklarację woli zawarcia tychże umów; termin ten nie obejmuje umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie” lub Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”;
- 3) **tymczasowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- 4) **rejestracja wniosku** – odnotowanie dostarczenia wniosku do biura głównego Towarzystwa, dokonane przez opatrzenie formularza wniosku pieczęcią Towarzystwa i adnotacją o dacie wykonania tej czynności;
- 5) **zdarzenie ubezpieczeniowe**:
  - a) śmierć ubezpieczonego lub śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
  - b) niezdolność do pracy ubezpieczonego – jeżeli ubezpieczający wnioskował o zawarcie umowy dodatkowej obejmującej ryzyko niezdolności do pracy ubezpieczonego;
- 6) **niezdolność do pracy ubezpieczonego** – powstała wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego zaistniałych w trakcie ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, która rozpoczęła się przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60. (sześćdziesiątego) roku życia, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 (dwunastu) miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;

w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków działalność zarobkowa oznacza działalność ubezpieczonego nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;

- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 8) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, nie później niż w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku, przed ukończeniem przez ubezpieczonego 60 (sześćdziesiątego) roku życia.

## § 2.

### ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Tymczasowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia jej przez Towarzystwo. Ofertą zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia jest wniosek o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia. Przyjęcie oferty dokonuje się poprzez rejestrację wniosku. Tymczasowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w chwili rejestracji wniosku.
2. Towarzystwo dokonuje rejestracji wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia po uprzednim stwierdzeniu, że spełnione zostały następujące przesłanki:
  - 1) formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i - z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny,
  - 2) Towarzystwu udzielone zostało pełnomocnictwo, zgodne z treścią wniosku, do wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

## § 3.

### OKRES UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach przysługuje ubezpieczonemu od dnia zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki lub dwóch pierwszych składek (w przypadku składki płatnej z częstotliwością miesięczną), do dnia zajścia jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie głównej umowy ubezpieczenia,
  - 2) otrzymania przez ubezpieczającego oświadczenia Towarzystwa o odmowie zawarcia głównej umowy ubezpieczenia,

- 3) wniesienia przez ubezpieczającego sprzeciwu od propozycji Towarzystwa zawarcia głównej umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku – w razie złożenia przez Towarzystwo kontroferty,
  - 4) śmierci ubezpieczonego,
  - 5) rozwiązania tymczasowej umowy ubezpieczenia.
2. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego niezbędna w celu zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia powinna zostać zakończona w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia rejestracji wniosku. Powyższy termin może być przedłużony za zgodą Towarzystwa wyrażoną przed jego upływem. W tym samym terminie Towarzystwo powinno udzielić odpowiedzi na ofertę zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia. Jeżeli w tych terminach nie dojdzie do zawarcia głównej umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, tymczasowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

#### **§ 4.**

#### **SKŁADKA**

1. Składka jest należna Towarzystwu za czas, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tymczasowej umowy ubezpieczenia.
2. W ramach tymczasowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest opłacać kolejne składki w wysokości odpowiadającej wskazanym we wniosku składkom regularnym z tytułu głównej umowy ubezpieczenia i z częstotliwością określoną w tym wniosku.
3. W razie zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, składka zapłacona z tytułu tymczasowej umowy ubezpieczenia traktowana jest jako składka zapłacona z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w części, w jakiej nie stanowi składki z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie tymczasowej umowy ubezpieczenia i podlega podziałowi zgodnie z zasadami przewidzianymi dla podziału składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w pierwszym roku ubezpieczenia.
4. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, składka zapłacona w ramach tymczasowej umowy ubezpieczenia podlega zwrotowi, chyba że w tym czasie miało miejsce jedno ze zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 1 pkt 5 ppkt a) lub ppkt b). Zwracając składkę zapłaconą w ramach tymczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo potrącić składkę za czas ochrony udzielanej z tytułu tej umowy.
5. Składka powinna być opłacona przekazem pocztowym, przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.

## § 5.

### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Tymczasowa umowa ubezpieczenia polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty w razie zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości określonej w poniższych ustępach, z zastrzeżeniem postanowień § 6.
2. Jeżeli miała miejsce śmierć ubezpieczonego w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanej we wniosku sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
3. Jeżeli ubezpieczający wnioskował o zawarcie umowy dodatkowej obejmującej ryzyko śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku i nastąpiła śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci dodatkowo świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanej we wniosku sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli ubezpieczający wnioskował o zawarcie umowy dodatkowej obejmującej ryzyko niezdolności do pracy ubezpieczonego i miała miejsce niezdolność do pracy ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanej we wniosku sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego.

## § 6.

### USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 5, zostaną zapłacone w wysokości określonej w tym paragrafie, jeżeli informacje podane we wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia i zawarcie umów dodatkowych były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego i na ich podstawie Towarzystwo zawarłoby umowę główną i umowy dodatkowe na warunkach określonych w tym wniosku.
2. Jeżeli informacje podane we wniosku o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia:
  - 1) nie były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego albo były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lecz działając na podstawie tych informacji Towarzystwo odmówiłoby zawarcia głównej umowy ubezpieczenia – świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone wyłącznie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, przy czym jego wysokość stanowić będzie niższą z następujących kwot, z których pierwsza stanowi określoną we wniosku sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, a druga wynosi 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych;

- 2) były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lecz działając na podstawie tych informacji Towarzystwo zawarłoby umowę główną na warunkach odbiegających od warunków określonych w tym wniosku - świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego zostanie wypłacone, przy czym jego wysokość pozostawać będzie w takiej relacji do wskazanej we wniosku sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, w jakiej do tej ostatniej sumy pozostawałaby suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego zaproponowana przez Towarzystwo bez zmiany składki.
3. Jeżeli informacje podane we wniosku o zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia:
- 1) nie były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego albo były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lecz działając na podstawie tych informacji Towarzystwo odmówiłoby zawarcia danej dodatkowej umowy ubezpieczenia – świadczenie ubezpieczeniowe przysługujące z tytułu tej umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone;
  - 2) były wystarczające do dokonania przez Towarzystwo oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lecz działając na podstawie tych informacji Towarzystwo zawarłoby daną umowę dodatkową na warunkach odbiegających od warunków określonych w tym wniosku - świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do pracy ubezpieczonego zostaną wypłacone, przy czym:
    - a) wysokość świadczenia, o którym mowa w § 5 ust. 3, pozostawać będzie w takiej relacji do wskazanej we wniosku sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, w jakiej do tej ostatniej sumy pozostawałaby suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku zaproponowana przez Towarzystwo bez zmiany składki,
    - b) wysokość świadczenia, o którym mowa w § 5 ust. 4, pozostawać będzie w takiej relacji do wskazanej we wniosku sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego, w jakiej do tej ostatniej sumy pozostawałaby suma ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego zaproponowana przez Towarzystwo bez zmiany składki.
4. O tym, czy i na jakich warunkach Towarzystwo zawarłoby umowę główną i umowy dodatkowe, jak również czy zawarte we wniosku informacje są wystarczające do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, decydują wewnętrzne procedury działania przyjęte w Towarzystwie i obowiązujące w chwili rejestracji wniosku.

## § 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia nie było w tym terminie możliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
5. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
6. Świadczenie z tytułu niezdolności ubezpieczonego do pracy wypłacane jest ubezpieczonemu. Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego lub śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłacane są osobie lub osobom, które w ramach umowy głównej byłyby uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego lub z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Opodatkowanie świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
8. Świadczenia są wypłacane przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania danego świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.

## § 8. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego, o którym mowa w § 5 ust. 2, nie zostanie wypłacone:

- 1) w razie samobójstwa ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
  - 2) jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi jako bezpośredni lub pośredni rezultat:
    - a) działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek,
    - b) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do pracy ubezpieczonego, o których mowa w § 5 ust. 3-4, nie zostaną wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego lub jego niezdolność do pracy nastąpią lub powstaną:
- 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym 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,
  - 3) w związku z chorobą umysłową ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi,
  - 4) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich,
  - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - 7) jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, lotniczych, motorowodnych, motorowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),
  - 8) jako wynik udziału ubezpieczonego w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem,
  - 9) jako wynik wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego,
  - 10) na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV.

## § 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z uprawnień do posługiwania się procedurami określonymi w § 6 ust. 4, Towarzystwo nie będzie korzystało w sposób godzący w dobre obyczaje ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające Towarzystwo do stosownych ustaleń czyniłyby niedozwolonymi.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków regulujących główną umowę ubezpieczenia oraz umowy dodatkowe w stosunku do tej ostatniej.
3. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
6. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Towarzystwa, przesyłane w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa, przesyłane drogą elektroniczną lub przekazywane Towarzystwu w innej formie, umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
7. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Towarzystwo rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
8. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
9. Skargi mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych. Sposób i tryb rozpatrywania tych skarg regulują właściwe przepisy.
10. W przypadku rejestracji wniosku niniejszy dokument stanowi potwierdzenie zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia.

Niniejsze Ogólne Warunki Tymczasowej Umowy Ubezpieczenia na Życie zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. z 3 listopada 2006 r. i weszły w życie 10 grudnia 2006 r.

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

## Spis treści

§ 1. Definicje .....	1
§ 2. Zawarcie umowy ubezpieczenia .....	2
§ 3. Okres ubezpieczenia .....	2
§ 4. Składka .....	3
§ 5. Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	4
§ 6. Ustalenie wysokości świadczeń .....	4
§ 7. Wypłata świadczeń .....	6
§ 8. Ograniczenie odpowiedzialności .....	6
§ 9. Postanowienia końcowe .....	8

Ty i Twoja rodzina

Twoje zdrowie

Twoja emerytura

Twoje inwestycje

Twój majątek

Twoja firma

120044/GR/0511/5000



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa  
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44  
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl