

Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczenia Nowa Perspektywa

Ubezpieczenie w razie Niezdolności do Pracy



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY NP/NPER/1/2007

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 S.A. 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) **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 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;
 - 2) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 3) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta lub zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 4) **niezdolność ubezpieczonego do pracy** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, która rozpoczęła się w czasie ochrony ubezpieczeniowej na skutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała - zaistniałych także w czasie ochrony ubezpieczeniowej – i która trwa w czasie ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez 12 (dwanaście) miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny;

- 5) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – niezdolność ubezpieczonego do pracy.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane 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 jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy.
4. Jeżeli w czasie niezdolności ubezpieczonego do pracy dodatkowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu zakończenia okresu ubezpieczenia, a Towarzystwo nie złożyło ubezpieczającemu oferty zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas nie jest konieczne, aby niezdolność ubezpieczonego do pracy trwała w czasie ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność do pracy nastąpiła:
 - 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,
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich,
 - 4) w związku z chorobą umysłową ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi,
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,

- 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
 - 7) jako bezpośredni lub pośredni rezultat 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,
 - 8) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych, lotniczych, motorowodnych, motorowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),
 - 9) w związku z udziałem ubezpieczonego w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 10) na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV.
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 może podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane zgodnie z § 9 ust. 1 albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

§ 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. Oferta może zostać złożona łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub 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. Jeżeli Towarzystwo złoży taką ofertę, wówczas do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia - odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia i składki, a składanej ubezpieczającemu przed rocznicą ubezpieczenia.

§ 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. W przypadku pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawieranej na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może przedłużyć ten okres o rok, to znaczy do dnia poprzedzającego 2 (drugą) rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6.

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia.
2. Składając ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może zaproponować zmianę sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy.

§ 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 ubezpieczeniowej jest ustalana na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy, obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana na podstawie płci, wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego.

3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.
4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczenia 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 rozliczenia wpłat, a następnie - jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia - pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy, uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy obowiązującą w ostatnim dniu 12 (dwunastego) miesiąca trwania niezdolności do pracy. W poniższych przypadkach uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu rozwiązania tej dodatkowej umowy ubezpieczenia, w czasie trwania której rozpoczęła się niezdolność ubezpieczonego do pracy:
 - 1) w przypadku wskazanym w § 2 ust. 4,
 - 2) w przypadku wskazanym w § 6 ust. 2, o ile Towarzystwo zaproponowało zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy niższą od dotychczasowej.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy jest wypłacane ubezpieczonemu.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia

ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które wykonane zostaną na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.

4. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 9.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ORAZ ZMIANA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie informować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego. Jeżeli powyższe zmiany w zakresie działalności zarobkowej ubezpieczonego nastąpią, wówczas ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem nastąpienia tych zdarzeń. Wyjątek stanowią te z powyższych okoliczności, które nie zwiększają prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W okolicznościach, o których mowa w ust. 1, wpływających na zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, dodatkowa umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3, rozwiązuje się z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało stosowne oświadczenie, o czym ubezpieczający jest informowany w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo tego oświadczenia.
3. W okolicznościach, o których mowa w ust. 1, wpływających na zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu warunki ubezpieczenia odpowiednie do aktualnego ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo i wyznaczyć mu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż oferta Towarzystwa została przyjęta i dodatkowa umowa ubezpieczenia została odpowiednio zmieniona w dniu następującym po upływie tego terminu. W przeciwnym razie dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało sprzeciw ubezpieczającego.

§ 10.

ROZWIĄZANIE I ODSĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące odstąpienia od głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio. 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 dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 4) jeżeli inna dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi - z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy,
 - 5) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - 6) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego,
 - 7) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 11. 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.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 3 sierpnia 2007 roku i weszły w życie 1 października 2007 roku.

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. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
§ 3. Ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa	2
§ 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia	3
§ 5. Okres ubezpieczenia	4
§ 6. Suma ubezpieczenia	4
§ 7. Składka ubezpieczeniowa	4
§ 8. Ustalenie wysokości i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	5
§ 9. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz zmiana ryzyka ubezpieczeniowego	6
§ 10. Rozwiązanie i odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia	6
§ 11. Postanowienia końcowe	7

Ty i Twoja rodzina

Twoje zdrowie

Twoja emerytura

Twoje inwestycje

Twój majątek

Twoja firma

120307/GR/0611/15000



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