

Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczenia Nowa Perspektywa

Ubezpieczenie Składki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA SKŁADKI US/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 zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 4) **niezdolność ubezpieczonego do pracy** – całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, zgodnej z wykształceniem bądź umiejętnościami nabytymi podczas ukończonych kursów zawodowych lub wykonywania 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 przynajmniej 6 (sześć) miesięcy;

- 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 jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy jest równa sumie wszystkich należnych składek regularnych tytułem umowy ubezpieczenia – z wyłączeniem składek regularnych przeznaczonych na rachunki dedykowane.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy nie zostanie spełnione, 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 § 8 ust. 1 albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta tylko na rachunek ubezpieczonego, który jest jednocześnie ubezpieczającym oraz ubezpieczonym w głównej umowie ubezpieczenia.
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 tylko łącznie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia. 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.
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 § 6 ust. 3.

§ 6. 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 wszystkich należnych składek regularnych tytułem umowy ubezpieczenia – z wyłączeniem składek regularnych przeznaczonych na rachunki dedykowane – a ponadto obowiązującej taryfy składek oraz częstotliwości opłacania składki. Taryfa składek jest wybierana na podstawie płci, wieku i innych szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego. Jeżeli w czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zmienia się suma składek wskazana w zdaniu pierwszym, wówczas z tym samym dniem zostaje przeliczona składka ubezpieczeniowa należna jej tytułem.
3. Towarzystwo ustala wysokość wpłaconej składki tytułem dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, która zostanie zwrócona za niewykorzystany okres ubezpieczenia i proporcjonalnie do tego okresu, jeżeli ta lub jakakolwiek inna dodatkowa umowa ubezpieczenia została rozwiązana z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ponadto, jeżeli rozwiązanie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, to z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z jej tytułu, 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, a następnie – jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem umowy ubezpieczenia – pozostałą nadpłaconą jej część zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek.

§ 7.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy, uwzględnia się te składki należne tytułem umów wskazanych w § 2 ust. 3, których ostatni dzień terminu płatności przypada w okresie od dnia następującego po upływie sześciomiesięcznej niezdolności ubezpieczonego do pracy, aż do jej zakończenia, nie dłużej jednak niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia i nie dłużej niż do ukończenia przez ubezpieczonego 60 (sześćdziesięciu) lat życia.
2. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy następuje poprzez potrącenie wierzytelności ubezpieczonego o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia z wierzytelnościami Towarzystwa o zapłatę odpowiednich składek regularnych należnych Towarzystwu.
3. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o spełnienie 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 zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
4. Do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia.

§ 8.

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.
4. Do czasu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy, ubezpieczający jest zobowiązany opłacać wszystkie należne składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE 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.
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 zmiany ubezpieczającego,
 - 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 głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

SKUTKI ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, rozwiązują się inne dodatkowe umowy ubezpieczenia zawarte:
 - 1) na podstawie oferty ubezpieczającego złożonej podczas trwania głównej umowy ubezpieczenia i w przypadku których ochrona ubezpieczeniowa rozpoczęła się w czasie niezdolności ubezpieczonego do pracyalbo
 - 2) w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty ich zawarcia i w czasie trwania których zostało uznane roszczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – o ile zakończył się okres ubezpieczenia w umowach odpowiednio wskazanych w pkt 1.
2. Skutki zdarzenia ubezpieczeniowego określone w ust. 1 nie dotyczą tych wskazanych tam dodatkowych umów ubezpieczenia, które zostały zawarte na rachunek ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia na podstawie:
 - 1) Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 3) Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Niezdolności do Pracy,
 - 4) Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania,
 - 5) Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”.

§ 11.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których 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. Składka ubezpieczeniowa	4
§ 7. Ustalenie wysokości i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	5
§ 8. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz zmiana ryzyka ubezpieczeniowego	5
§ 9. Rozwiązanie i odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia	6
§ 10. Skutki zdarzenia ubezpieczeniowego	7
§ 11. Postanowienia końcowe	7

Ty i Twoja rodzina

Twoje zdrowie

Twoja emerytura

Twoje inwestycje

Twój majątek

Twoja firma

120308/GR/0611/10000



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