

Ubezpieczenie inwestycyjne

Bonus VIP

Ogólne warunki ubezpieczenia



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INWESTYCYJNEGO BONUS VIP BVIP/J/7/2009

§ 1. DEFINICJE

Ilekcroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych 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) **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki funduszy wpłaconej składki ubezpieczeniowej,
- 2) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
- 3) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajduje się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania rachunku tą wpłatą,
- 4) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy,
- 5) **lata ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku ubezpieczeniowego oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą rejestracji wniosku ubezpieczeniowego jest 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego,
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego,
- 7) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia,
- 8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia lub jej zmianę, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo,
- 9) **rachunek jednostek** – wydzielony pojęciowo dla umowy ubezpieczenia rachunek jednostek funduszy, na którym jednostki funduszy są zarachowywane i odliczane w sposób określony w OWU,
- 10) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności,

- 11) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku, ale przed ukończeniem przez ubezpieczonego 70 (siedemdziesiątego) roku życia,
- 12) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna,
- 13) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia,
- 14) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe lub fundusze** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia,
- 15) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy umowa ubezpieczenia,
- 16) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego,
- 17) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych,
- 18) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunek jednostek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiącym załącznik do OWU,
- 19) **wartość rachunku** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek,
- 20) **wiek ubezpieczonego** – wiek ubezpieczonego określony w dniu rejestracji wniosku ubezpieczeniowego na podstawie daty bliższej rocznicy jego urodzin: poprzedniej lub następnej, powiększany następnie o liczbę pełnych lat ubezpieczenia,
- 21) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa,
- 22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wartość rachunku w chwili śmierci ubezpieczonego jest równa lub wyższa niż 5 000 (pięć tysięcy) złotych.

§ 3.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty, w razie śmierci ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest równa większej z dwóch wartości, którymi są 103 proc. (sto trzy procent) wartości rachunku oraz składka ubezpieczeniowa pomniejszona o kwotę wszystkich częściowych wypłat wartości rachunku.

§ 4.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi:
 - 1) 10 000 (dziesięć tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 5 000 (pięć tysięcy) złotych, ale niższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych,
 - 2) 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych, ale niższa niż 100 000 (sto tysięcy) złotych,
 - 3) 100 000 (sto tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 100 000 (sto tysięcy) złotych ale niższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych,
 - 4) 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
 - 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 wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich,
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek,
- 6) 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,
- 7) 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),
- 8) w związku z udziałem ubezpieczonego w wyścigach samochodowych lub motorowych.

§ 5.

ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa.
3. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
4. Umowę ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego uważa się za zawartą z chwilą rejestracji wniosku.
5. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą śmierci ubezpieczonego, jak też w przypadku wskazanym w § 16 ust. 1.

§ 6.

OKRES UBEZPIECZENIA

Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu od zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki jednorazowej, do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 15 ust. 1.

§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany – wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia – wpłacić składkę ubezpieczeniową jednorazowo w wysokości przez siebie wybranej (składka jednorazowa).
2. Ubezpieczający może w dowolnym czasie wpłacać dodatkową składkę ubezpieczeniową w wysokości przez siebie wybranej (składka dodatkowa).
3. Towarzystwo okresowo ustala minimalną wysokość składki jednorazowej oraz składki dodatkowej.
4. Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacona na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
5. Składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi w razie odmowy zarejestrowania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczeniowego, w terminie 30 (trzydziestu) dni od tej odmowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 8. RACHUNEK JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Towarzystwo otwiera rachunek jednostek z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka jednorazowa oraz składki dodatkowe są alokowane na rachunku jednostek w 100 proc. (stu procentach) w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od dnia ich opłacenia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Składka jednorazowa jest przeliczana na jednostki funduszy zarachowywane na rachunku jednostek, zgodnie z wartością tych jednostek w dniu zapłaty tej składki lub w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza, a składka dodatkowa jest przeliczana na jednostki funduszy zarachowywane na rachunku jednostek, zgodnie z wartością tych jednostek w dniu zapłaty tej składki.
4. We wniosku ubezpieczeniowym ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona składka jednorazowa, a także określa udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent).
5. Przed opłaceniem składki dodatkowej, ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona ta składka, a także określa

udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje w takim przypadku wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent).

6. Jeżeli ubezpieczający nie dokonał wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczana składka dodatkowa, ani nie określił udziału poszczególnych funduszy w alokowanej składce, podział tej składki pomiędzy poszczególne fundusze dokonany będzie zgodnie z ostatnim podziałem składki dodatkowej, a jeżeli składka dodatkowa jest opłacana po raz pierwszy będzie ona przeliczona na jednostki Funduszu Pieniężnego.

§ 9.

OPLĄTY POBIERANE PRZEZ TOWARZYSTWO

1. Piątego dnia po zaalokowaniu danej składki na rachunku jednostek Towarzystwo potrąca z tego rachunku opłatę za alokację tej składki (opłatę alokacyjną), której wysokość jest określona w Tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU. Potrącenia dokonuje się poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek funduszy, zgodnie z ich wartością w dniu dokonania potrącenia, proporcjonalnie do udziału funduszy w wartości rachunku w tym dniu.
2. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę wartości jednostek tego funduszu.
3. W razie zmiany funduszy Towarzystwo pobiera opłatę za dokonanie tej zmiany na zasadach określonych w § 10, zaś w razie częściowej wypłaty wartości rachunku lub wypłaty wartości wykupu Towarzystwo pobiera opłatę za dokonanie tych wypłat na zasadach określonych w § 11 i § 16.

§ 10.

ZMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zarachowanych na rachunku jednostek na jednostki innego funduszu (zmiana funduszy). Ubezpieczający zmieniając fundusze dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zmianę funduszy.

2. Przeliczenie jednostek w ramach zmiany funduszy nie powoduje zmiany wartości rachunku i następuje w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego, według wartości jednostek w dniu przeliczenia.
3. Za wykonanie zmiany funduszy Towarzystwo potrąca z rachunku jednostek opłatę za zmianę funduszy w wysokości określonej w Tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU. Potrącenia opłaty dokonuje się przez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek funduszy, wybranych zgodnie z ust. 2, zgodnie z ich wartością w dniu przeliczenia jednostek, proporcjonalnie do udziału tych funduszy w wartości rachunku po dokonanej zmianie.

§ 11.

CZĘŚCIOWA WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Ubezpieczający może w każdym czasie zażądać częściowej wypłaty wartości rachunku. Kwota częściowej wypłaty wartości rachunku nie może być niższa niż określona przez Towarzystwo wartość minimalna, a częściowa wypłata będzie dokonana tylko w takim zakresie, w jakim nie doprowadzi to do spadku wartości rachunku poniżej określonej przez Towarzystwo wartości minimalnej.
2. Żądając częściowej wypłaty wartości rachunku, ubezpieczający jest obowiązany wskazać fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku jednostek celem dokonania wypłaty. Jeżeli ubezpieczający wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, obowiązany jest również podać udział poszczególnych funduszy w części wartości rachunku podlegającej wypłacie.
3. Jeżeli ubezpieczający nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku lub wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregośkolwiek z funduszy nie jest wystarczająca do dokonania wypłaty w sposób wskazany przez ubezpieczającego, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszy proporcjonalnie do udziału funduszy w wartości rachunku.
4. Dokonując częściowej wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo odlicza z rachunku jednostek taką liczbę jednostek, których wartość jest równa żądanej kwocie. Przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich wartości w najbliższym dniu roboczym po otrzymaniu przez Towarzystwo żądania ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 1.
5. W razie dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku Towarzystwo uprawnione jest do potrącenia z żądanej kwoty opłaty z tytułu wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU.
6. Część wartości rachunku ustalona zgodnie z ust. 1-5 jest wypłacana ubezpieczającemu w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez niego żądania takiej wypłaty, przy czym termin ten może zostać skrócony do 7 (siedmiu) dni roboczych, o ile ubezpieczający złoży takie żądanie na formularzu Towarzystwa

oraz dołączy do niego kserokopię dokumentu tożsamości, a wypłata będzie miała miejsce na rachunek bankowy ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 12.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

1. Przy obliczaniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego uwzględnia się:
 - 1) wartość rachunku w dniu śmierci ubezpieczonego,
 - 2) składki ubezpieczeniowe wpłacone do dnia śmierci ubezpieczonego oraz już dokonane częściowe wypłaty wartości rachunku i te, które zostaną zrealizowane na podstawie żądań ubezpieczającego takich wypłat otrzymanych przez Towarzystwo do tego dnia.
2. Przy obliczaniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu jego śmierci.

§ 13.

UPOSAŻENI

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego jest wypłacane uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma ich udziałów nie jest równa 100 proc. (sto procent) uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 14.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz 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 zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym powyżej, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności 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.
5. 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.

§ 15.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca mu wartość rachunku powiększoną o pobrane opłaty alokacyjne. Wartość rachunku ustala się na dzień odstąpienia od umowy ubezpieczenia.
3. Umorzenie jednostek oraz wypłata, o której mowa w ust. 2, następuje w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 16.

WARTOŚĆ WYKUPU

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy.

2. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca mu wartość wykupu.
3. Wartość wykupu jest równa wartości rachunku, pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu w wysokości określonej w Tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU. Wartość rachunku ustala się na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Umorzenie jednostek oraz wypłata wartości wykupu następuje w terminie 14 (czternastu) dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, przy czym termin ten może zostać skrócony do 7 (siedmiu) dni roboczych, o ile ubezpieczający złoży wypowiedzenie umowy na formularzu Towarzystwa oraz dołączy do niego kserokopię dokumentu tożsamości, a wypłata będzie miała miejsce na rachunek bankowy ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 17.

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
2. 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 zarówno określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie, jak i przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w tym terminie, Towarzystwo rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia Towarzystwo niezwłocznie powiadamia osobę, która je zgłosiła – w formie pisemnej lub innej uzgodnionej z zainteresowanym.
5. Skargi mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych. Sposób i tryb rozpatrywania tych skarg regulują właściwe przepisy.

§ 18.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. 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.

§ 19.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego, ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może 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.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany,
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy lub o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.
4. W razie nieprzekazania ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 3, ubezpieczający ponosi wobec niego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 20.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
2. Towarzystwo na wniosek ubezpieczającego informuje go o wymienionych w OWU wielkościach minimalnych obowiązujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego i jego rejestracji.
3. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Złożony podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu. Jeżeli złożony podpis nie jest zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, wtedy Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe po stronie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i uposażonego zastępczego oraz innych

osób, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na oświadczenie lub powiadomienie ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

4. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
5. Pisma Towarzystwa skierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia uważa się za doręczone po upływie 30 (trzydziestu) dni od ich wysłania.
6. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach. W szczególności nie są oni upoważnieni do odbioru w imieniu Towarzystwa innych niż wskazane w tych pełnomocnictwach pism ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, ani do przekazywania takich pism Towarzystwu w imieniu tych osób. Przekazanie jakiegokolwiek pisma osobie nieupoważnionej do odbioru tego pisma lub za pośrednictwem takiej osoby nie stanowi skutecznego doręczenia pisma Towarzystwu.

Tabela opłat

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty
Opłata alokacyjna	<p>Opłata alokacyjna od składki jednorazowej nie jest pobierana, jeżeli składka jednorazowa jest równa lub wyższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych. Jeżeli składka jednorazowa jest niższa od kwoty wskazanej w zdaniu poprzedzającym, opłata alokacyjna wynosi 2,5 proc. (dwa i pół procent) tej składki, nie więcej jednak niż 1 250 (jeden tysiąc dwieście pięćdziesiąt) złotych.</p> <p>Opłata alokacyjna od składki dodatkowej nie jest pobierana, jeżeli składka dodatkowa jest równa lub wyższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych lub wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych. W pozostałych przypadkach opłata alokacyjna od składki dodatkowej wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2,5 proc. (dwa i pół procent) tej składki - jeżeli suma jej wartości oraz wartości rachunku jest niższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych, 2) 2,5 proc. (dwa i pół procent) różnicy pomiędzy kwotą 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych a wartością rachunku - jeżeli suma jej wartości oraz wartości rachunku jest równa lub wyższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych. <p>Dla potrzeb ustalania opłaty alokacyjnej uwzględnia się wartość rachunku w dniu alokacji składki dodatkowej przed dokonaniem tego przeliczenia.</p>
Opłata za zmianę funduszy	<p>Opłata za zmianę funduszy wynosi 20 (dwadzieścia) złotych za każdą zmianę, przy czym w danym roku ubezpieczenia 15 (piętnaście) zmian funduszy jest bezpłatnych.</p>

Tabela opłat c.d.

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty
Opłata z tytułu wykupu	<p>Jeżeli żądana kwota z tytułu częściowej wypłaty wartości rachunku albo z tytułu wypłaty wartości wykupu jest wyższa niż kwota zwolniona z opłaty, to opłata wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5 proc. (pięć procent) różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w pierwszym roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w pierwszym roku ubezpieczenia, 2) 3 proc. (trzy procent) różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w drugim lub trzecim roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w drugim lub trzecim roku ubezpieczenia, 3) 1 proc. (jeden procent) różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli odpowiednio wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w czwartym roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w czwartym roku ubezpieczenia. <p>Opłata nie jest pobierana, jeżeli odpowiednio wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w piątym lub następnych latach ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w piątym lub następnych latach ubezpieczenia.</p> <p>Kwota zwolniona z opłaty jest równa różnicy pomiędzy 10 proc. (dziesięcioma procentami) wartości rachunku a łączną kwotą wypłat w danym roku ubezpieczenia, przy czym kwoty te są ustalane na dzień, z którego uwzględniane są ceny jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w celu ich umorzenia i dokonania wnioskowanej przez ubezpieczającego danej częściowej wypłaty wartości rachunku albo wypłaty wartości wykupu. Jeżeli powyższa różnica jest ujemna, przyjmuje się, że kwota zwolniona z opłaty jest równa 0 (zero).</p> <p>Łączna kwota wypłat w danym roku ubezpieczenia stanowi sumę częściowych wypłat wartości rachunku w tym roku ubezpieczenia, z wyłączeniem wnioskowanej przez ubezpieczającego częściowej wypłaty wartości rachunku albo wypłaty wartości wykupu.</p>

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 9 września 2009 i weszły w życie 26 października 2009 roku.

Spis treści

§ 1. Definicje	1
§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
§ 3. Ubezpieczenie na wypadek śmierci	3
§ 4. Ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	3
§ 5. Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia	4
§ 6. Okres ubezpieczenia	4
§ 7. Składka ubezpieczeniowa	5
§ 8. Rachunek jednostek i alokacja składki ubezpieczeniowej	5
§ 9. Opłaty pobierane przez Towarzystwo	6
§ 10. Zmiana funduszy	6
§ 11. Częściowa wypłata wartości rachunku	7
§ 12. Ustalenie wysokości świadczeń	8
§ 13. Uposażeni	8
§ 14. Wypłata świadczenia	8
§ 15. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia	9
§ 16. Wartość wykupu	9
§ 17. Skargi i zażalenia	10
§ 18. Prawo właściwe i sąd właściwy	10
§ 19. Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek	11
§ 20. Postanowienia końcowe	11
Tabela opłat	13



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa
infolinia: 0 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl