

**Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Składki (US/NPER/5/2018)**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 § 7 ust. 1
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 6 ust. 1-2



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA SKŁADKI (US/NPER/5/2018)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA 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) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
 - 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Składki jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa; 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;
 - 3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
 - 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - 5) **niezdolność ubezpieczonego do pracy lub niezdolność 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;
 - 6) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
 - 7) **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;
 - 8) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 9) **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 profesjo-

nalnym, 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;

10) **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 – należnych w okresie wskazanym w § 7 ust. 1.

§ 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, niezależnym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii); w związku z ujawnionym w dokumentacji medycznej nadużywaniem przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV;
 - 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 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 podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terrorystycznego, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terrorystycznym lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpie-

czenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni poinformować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, o ile okoliczności te zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania powyższych informacji skutkujących zmianą prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w zależności od ich wpływu na to prawdopodobieństwo:

- 1) zaproponuje ubezpieczającemu zmianę wysokości regularnej składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym zmiana wysokości składki będzie miała zastosowanie nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania informacji przez Towarzystwo

albo

- 2) zdecyduje, iż w ofertach zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględni ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa adekwatnie do zmienionego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego

albo

- 3) zdecyduje o zaprzestaniu składania ubezpieczającemu ofert zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 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 nieregulowanym 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, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie zaproponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej ubezpieczającemu w związku z rocznicą ubezpieczenia. Powyższe oznacza, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający w terminie wskazanym w powyższych postanowieniach głównej umowy ubezpieczenia poinformuje Towarzystwo o nieprzyjęciu oferty. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 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.

- Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.

§ 6.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
- Wysokość składki regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie sumy wszystkich należnych składek regularnych tytułem umowy ubezpieczenia – z wyłączeniem składek regularnych przeznaczonych na rachunki dedykowane oraz regularnej składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia – a ponadto częstotliwości opłacania składki oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - Taryfy składek są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - Jeżeli w czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia zmienia się suma składek wskazana w ust. 2, wówczas z tym samym dniem zostaje przeliczona składka regularna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- 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.
- 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.
- Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczania wpłat. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznaczają się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 7.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- 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 67 (sześćdziesięciu siedmiu) lat, z uwzględnieniem poniższych postanowień:

- Za składki należne, o których mowa powyżej, uważa się również te składki regularne z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, których terminy płatności wskazane w dokumencie ubezpieczenia przypadają w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
 - Jeżeli składka regularna z tytułu umowy głównej należna w okresie trwania niezdolności ubezpieczonego do pracy została podwyższona na wniosek ubezpieczającego, wówczas ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy uwzględnia się wysokość tej składki obowiązującą przed podwyższeniem, a jednocześnie Towarzystwo i ubezpieczający uznają to podwyższenie za niebyłe.
- Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy następuje poprzez potrącenie wierzytelności ubezpieczonego o zapłatę tego świadczenia z wierzytelności Towarzystwa o zapłatę odpowiednich składek regularnych należnych Towarzystwu, co powoduje ich wzajemne umorzenie. Powyższe oznacza, że z chwilą uznania przez Towarzystwo roszczenia o zapłatę tego świadczenia, ubezpieczający nie ma obowiązku zapłaty składek wskazanych w ust. 1.
 - 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.
 - Do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia dotyczące wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
 - Do czasu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o spełnieniu świadczenia ubezpieczeniowego w razie niezdolności ubezpieczonego do pracy ubezpieczający jest zobowiązany opłacać wszystkie składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 8.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

- 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. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,
 - z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia,
 - z dniem zmiany ubezpieczającego,
 - z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 9.

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 Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 stycznia 2018 roku i weszły w życie 20 stycznia 2018 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, tel. 22 557 44 44, e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl