Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, Polska
Zezwolenie: BS/2336/91
Produkt: GRONO

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy ubezpieczenia i informacje umowne podane są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Grono NR 3/12 przyjętych Uchwałą Zarządu z dnia 14.12.2016 roku oraz polisie.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie grupowe (dział II i grupa 1) z Załącznika do Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków:

√ śmierć ubezpieczonego (klauzula I),
√ trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń stałych (klauzula V),
√ trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń proporcjonalnych (klauzula VI),
√ trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w systemie świadczeń progresywnych (klauzula VII).

Dodatkowo jako rozszerzenie mogą zostać objęte również następujące zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczeniowego

√ śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego (klauzula II),
√ śmierć wskutek wypadku przypracy (klauzula III),
√ śmierć małżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (klauzula IV),
√ trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula XII),
√ pobyt ubezpieczonego w szpitalu (klauzula X),
√ koszty rehabilitacji ubezpieczonego (klauzula XVI),
√ koszty leczenia ubezpieczonego (klauzula XV),
√ koszty operacji plastycznych (klauzula XVII),
√ koszty odbudowy stomatologicznej (klauzula XVIII),
√ koszty pogrzebu (klauzula XX).

Suma ubezpieczenia i świadczenia

√ Sumy ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w umowie ubezpieczenia.

Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

Nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:

x W związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego uszkodzenia ciała.
x Podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień.
x W wyniku wypadku statku powietrznego nielicencjonowanych linii lotniczych.
x Jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek.
x Jako wynik zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
x Jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motoro-wodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie i oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.pm.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne.

Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

! W związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zleconych przez lekarza, przebywaniem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zażycie przez ubezpieczonego leków nie zleconych przez lekarza, przebywanie przez niego w stanie po spożyciu alkoholu, zażycie narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy bądź zaburzenia świadomości miały wpływ na rozmiar szkody, Aviva może odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia.
! W wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Aviva nie jest wolna od odpowiedzialności, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względom słuszności.
! W wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.
! W wyniku 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.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

√ Ubezpieczenie obejmuje terytorium całego Świata lub zakres ograniczony do pracy i zajęć lub pracy, zajęć oraz drogi.

Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest:

- starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza,
- niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni, powiadomić Avivę o zajściu nieszczęśliwego wypadku, a gdyby zachowanie tego terminu było niemożliwe – w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej powiadomienie w terminie.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest jednorazowo. Na wniosek ubezpieczającego płatność może być rozłożona przez Avivę na raty.
Składka lub jej pierwsza rata powinna być opłacona w terminie wskazanym w polisie. Terminy płatności kolejnych rat składki wskazane są w umowie ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Okres ubezpieczenia wskazany jest w umowie ubezpieczenia.

Jeżeli składka z tytułu wszystkich ubezpieczonych lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w całości w terminie wskazanym w polisie, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki.

Odpowiedzialność Avivy kończy się z chwilą:

- rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- upływu okresu ubezpieczenia,
- w razie niezapłacenia kolejnej raty składki – w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty raty składki, które zostanie przekazane ubezpieczającemu w dowolnej formie po upływie terminu zapłaty tej raty,
- w stosunku do danego ubezpieczonego:
  - z chwilą jego śmierci,
  - z chwilą wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w polisie dla tego ubezpieczonego sum ubezpieczenia z tytułu zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2,
  - ustania stosunku łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, który warunkuje objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,

Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający, będący przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, natomiast pozostali ubezpieczający - w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.

Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Aviva nie poinformuje ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, wówczas termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1 biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

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

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. poz. 2486 z 2017 roku) niniejszym przekazuję następujące informacje:

Adres siedziby:
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa
KRS 0000009857
Infolinia dla klientów: 22 557 44 44

Nazwa firmy:
Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A.

Informacja o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia:
Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymują wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę. Mogą otrzymywać od zakładu ubezpieczeń także wynagrodzenie innego rodzaju – w postaci korzyści ekonomicznych lub zachęt finansowych i niefinansowych (np. finansowanie szkoleń, konkursów lub innych działań wspierających dystrybucję ubezpieczeń).

Informacja o możliwości złożenia przez klienta reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej;
- osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe (Dz. U. poz.1529 oraz poz. 1830);
- ustnie telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa w punkcie powyżej;
- w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres reklamacje@aviva.pl.

Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela klientowi, odpowiedzi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, wyjaśnimy w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego
UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 3/12

Rodzaj informacji	Dotyczy	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Definicje	§2 pkt 30
	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	§3
	Początek i koniec odpowiedzialności	§10
	Ustalanie świadczeń	§12
	Tryb dochodzenia roszczeń	§13
	Załącznik do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	Klauzula I Klauzula II Klauzula III Klauzula IV Klauzula V Klauzula VI Klauzula VII Klauzula VIII Klauzula IX Klauzula X Klauzula XI ust. 1-4, 6 Klauzula XII Klauzula XIII ust. 1-2 Klauzula XIV ust. 1-2 pkt 1-2 Klauzula XV ust. 1 pkt 1-5 Klauzula XVI ust. 1-2 pkt 1 Klauzula XVII ust. 1 Klauzula XVIII ust.1-2 Klauzula XIX ust. 1-3 Klauzula XXI ust. 1-2 pkt 1-5, 7, 9-13 ust. 3 Klauzula XX ust. 1 Klauzula XXII ust. 1-3 Klauzula XXIII ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Suma ubezpieczenia i składka	§8 ust. 2-5
	Prawa i obowiązki stron umowy	§11 ust. 1, 7
	Wypłata świadczeń	§14 ust. 3, 6
	Wyłączenia odpowiedzialności	§15

	Załącznik do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków	Klauzula V ust. 3-4 Klauzula VI ust. 3-5 Klauzula VII ust. 3-5 Klauzula VIII ust. 2-3 Klauzula X ust. 5 Klauzula XI ust. 5 Klauzula XIII ust. 3-4 Klauzula XIV ust. 2 pkt 3 Klauzula XV ust. 2 Klauzula XVI ust. 2 pkt 2 Klauzula XVII ust. 2 Klauzula XVIII ust. 3-4 Klauzula XIX ust. 4 Klauzula XX ust. 2-3 Klauzula XXI ust. 2 pkt 6, 8, 12 ppkt b) ust. 5-9 Klauzula XXII ust. 4-8 Klauzula XXIII ust. 2, 4

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 3/12

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§1

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Grono (zwane dalej ogólnymi warunkami) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Avivę Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA (zwane dalej „Aviva") z osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi lecz posiadającymi zdolność prawną oraz z przedsiębiorcami.

DEFINICJE
§2

Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, polisie 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) **amputacja** – całkowite fizyczne pozbawienie całego narządu lub jego części;
2) **bagaż podróżny** – przedmioty osobistego użytku zwyczajowo zabierane w podróż, stanowiące własność ubezpieczonego, takie jak: walizy, nesesery, torby, paczki lub inne pojemniki bagażu wraz z ich zawartością, do której zalicza się jedynie: odzież, obuwie, środki higieny osobistej, kosmetyki, kosmetyczki, książki, zegarki, okulary, inne pojedyncze przedmioty, które są przewożone w formie upominku oraz przenośny sprzęt elektroniczny tj. notebook, laptop, palmtop, telefon komórkowy, aparat fotograficzny, kamera oraz inne urządzenia przenośne służące do odtwarzania dźwięku lub obrazu;
3) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Avivę, której ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia assistance, oraz która w ramach tego ubezpieczenia udziela informacji i świadczy inne usługi określone w niniejszych ogólnych warunkach;
4) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, przy czym działalność zarobkowa oznacza działalność nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
5) **koszty leczenia** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty poniesione przez ubezpieczonego w związku z leczeniem prowadzonym na zalecenie i pod kontrolą lekarza, mającym na celu uzyskanie przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów;
6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Avivy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie; w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz opłacenia dodatkowej składki z tego tytułu, za nieszczęśliwy wypadek uznaje się również zawał serca i udar mózgu, niezależnie od przyczyny, którą zostały wywołane;
7) **ograniczony zakres ubezpieczenia** – odpowiedzialność Avivy za zdarzenia wskazane w umowie ubezpieczenia będące następstwem nieszczęśliwych wypadków ubezpieczonego jakie mogą wydarzyć się podczas pracy, drogi do i z pracy, z wyłączeniem odpowiedzialności za zdarzenia będące następstwem nieszczęśliwych wypadków ubezpieczonego w życiu prywatnym;
8) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej, wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych; pod tym pojęciem rozumie się również inne oddziały szpitalne intensywnego nadzoru spełniające powyższe kryteria np. OIOK, SION, OIT;
9) **oparzenie** – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek zadziałania czynnika termicznego, chemicznego lub elektrycznego na organizm człowieka;
10) **opinia lekarska** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Avivę, wydawane bez przeprowadzenia badania ubezpieczonego, na podstawie udostępnionej dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) **orzeczenie lekarskie** – rozpoznanie sporządzone na piśmie przez lekarza wskazanego przez Avivę, wydawane po przeprowadzeniu badania ubezpieczonego oraz przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i dokumentacji ubezpieczeniowej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego;
12) **pełny zakres ubezpieczenia** – odpowiedzialność Avivy za zdarzenia wskazane w umowie ubezpieczenia będące następstwem nieszczęśliwych wypadków ubezpieczonego jakie mogą się wydarzyć w ciągu całej doby, w szczególności podczas pracy zawodowej, w drodze do pracy i z pracy oraz w życiu prywatnym;
13) **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, dłużej niż 3 dni, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie którego ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
14) **przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która we własnym imieniu prowadzi działalność gospodarczą lub zawodową;
15) **reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do Avivy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Avivę;
16) **rozbój** – działanie, w wyniku którego sprawca zabrał, lub poprzez które usiłował zabrać, uszkodził lub zniszczył bagaż podróżny ubezpieczonego:
    a) przy użyciu wobec ubezpieczonego siły fizycznej lub grożąc jej natychmiastowym użyciem, albo doprowadzając go do stanu bezbronności lub nieprzytomności,
    b) poprzez wprowadzenie w błąd, wykorzystanie błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przez ubezpieczonego, jeśli jest on osobą małoletnią, niedołężną, niepełnosprawną lub w podeszłym wieku;
17) **stan po spożyciu alkoholu** – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3;
18) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego; określenie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpitali uzdrowiskowych lub szpitali uzdrowiskowo-rehabilitacyjnych; za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
19) **trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, przy czym działalność zarobkowa oznacza działalność nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i powstałe w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
21) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, a także przedsiębiorca, zawierający z Avivą umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

22) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia, należąca do określonej grupy utworzonej w szczególności w ramach: zakładu pracy, instytucji lub innej jednostki organizacyjnej, klubu lub stowarzyszenia sportowego, a także uczestnik wycieczki, obozu, wczasów, pobytu w sanatorium i innych form wypoczynku, przy czym ubezpieczonym w zakładzie pracy może być jedynie osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę; ubezpieczonym może być również małżonek ubezpieczonego;

23) **uposażony** – osoba wskazana samodzielnie przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania, na zasadach opisanych w niniejszych ogólnych warunkach, świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci ubezpieczonego;

24) **utrata** – amputacja narządu lub całkowita i trwała utrata jego czynności;

25) **udar mózgu** – nagłe wystąpienie objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, spowodowane zaburzeniami krążenia mózgowego będącymi wynikiem zawału tkanki mózgowej, wylewu wewnątrzczaszkowego lub zatoru w naczyniach mózgowych materiałem pochodzącym spoza czaszki, powodujące trwałe uszkodzenia neurologiczne, potwierdzone badaniami lekarskimi przeprowadzonymi nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty wystąpienia pierwszych objawów udaru;

26) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
   a) ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z zastrzeżeniem że stosowne pojęcia należy rozumieć zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj, trolejbus, lub
   b) ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer lub członek załogi pojazdu, z tym że:
      – pojazd kolejowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
      – pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,

      z zastrzeżeniem, że wypadkiem komunikacyjnym nie są wypadki kolejowe podczas transportu wewnątrzzakładowego, linowego oraz linowo – terenowego,
   c) ruchem pasażerskiego statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer, w tym personel medyczny opiekujący się chorym, bądź jako chory, a statek powietrzny został uszkodzony lub uległ zniszczeniu, bądź zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp jest niemożliwy,
   d) ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer, w tym personel medyczny opiekujący się chorym, bądź jako chory, a statek zatonął albo został uszkodzony lub uległ zniszczeniu, bądź zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp jest niemożliwy;

27) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, w ramach którego opłacane są składki na ubezpieczenie wypadkowe w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;

28) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego powstała w wyniku nagłego niedokrwienia, objawiająca się charakterystycznym bólem w klatce piersiowej, świeżymi, typowymi dla zawału zmianami w zapisie elektrokardiograficznym oraz podwyższeniem poziomu enzymów sercowych zawartych we krwi;

29) **zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – sporty uprawiane regularnie i intensywnie, tzn. udział w treningach, zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu, jak również uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego albo w ekspedycjach;

30) **zdarzenia ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia:
   a) powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Avivy: śmierć ubezpieczonego lub jego małżonka, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, złamanie kości ubezpieczonego, oparzenie ciała ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego lub jego małżonka w szpitalu, niezdolność do pracy ubezpieczonego, konieczność poniesienia kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, przeszkolenia zawodowego inwalidów, leczenia ubezpieczonego, rehabilitacji ubezpieczonego, operacji plastycznych ubezpieczonego, odbudowy stomatologicznej ubezpieczonego, uczestnictwa ubezpieczonego w wykupionych wczasach, wycieczkach, pogrzebu ubezpieczonego, konieczność uzyskania pomocy assistance,
   b) zabór, zniszczenie lub uszkodzenie bagażu podróżnego ubezpieczonego wskutek rozboju, mającego miejsce w okresie odpowiedzialności Avivy;

31) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej obejmujące cały jej przekrój.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA
§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków.
2. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków odpowiedzialnością Avivy mogą zostać objęte – zgodnie z wnioskiem ubezpieczającego i po akceptacji Avivy – następujące zdarzenia:
   1) będące następstwem nieszczęśliwego wypadku:
      a) śmierć ubezpieczonego (Klauzula I),
      b) śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego (Klauzula II),
      c) śmierć ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy (Klauzula III),
      d) śmierć małżonka ubezpieczonego (Klauzula IV),
      e) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:
         – z systemem świadczeń stałych, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1, zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula V),
         – z systemem świadczeń proporcjonalnych, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabelach procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku (Klauzula VI),
         – z systemem świadczeń progresywnych (Klauzula VII),
      f) złamanie kości ubezpieczonego wskazane w Tabeli świadczeń nr 2 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula VIII),
      g) oparzenie ciała ubezpieczonego wskazane w Tabeli świadczeń nr 3 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula IX),
      h) pobyt w szpitalu ubezpieczonego (Klauzula X),
      i) pobyt w szpitalu małżonka ubezpieczonego (Klauzula XI),
      j) trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula XII),
      k) czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula XIII),
      l) konieczność poniesienia kosztów naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, przeszkolenia zawodowego inwalidów (Klauzula XIV),
      m) konieczność poniesienia kosztów leczenia ubezpieczonego (Klauzula XV),
      n) konieczność poniesienia kosztów rehabilitacji ubezpieczonego (Klauzula XVI),
      o) konieczność poniesienia kosztów operacji plastycznych ubezpieczonego (Klauzula XVII),
      p) konieczność poniesienia kosztów odbudowy stomatologicznej (Klauzula XVIII),
      q) konieczność poniesienia kosztów uczestnictwa ubezpieczonego w wykupionych wczasach, wycieczkach (Klauzula XIX),
      r) konieczność poniesienia kosztów pogrzebu ubezpieczonego (Klauzula XX),
      s) konieczność uzyskania pomocy assistance (Klauzula XXI),
   2) zabór, zniszczenie lub uszkodzenie bagażu podróżnego ubezpieczonego wskutek rozboju (Klauzula XXII),
   3) zawał serca lub udar mózgu ubezpieczonego, niezależnie od przyczyny, która je wywołała (Klauzula XXIII).
3. Szczegółowe zasady naliczania i wypłaty świadczeń przez Avivę w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2, określone są w Klauzulach, stanowiących załącznik do niniejszych ogólnych warunków.
4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia w odniesieniu do danego ubezpieczonego określony jest w polisie.

UMOWA UBEZPIECZENIA
§4

1. Umowę zawiera się na podstawie pisemnego wniosku ubezpieczającego.
2. Aviva zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy po przeanalizowaniu wniosku ubezpieczającego.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w formie pisemnej pomiędzy ubezpieczającym i Avivą z chwilą złożenia zgodnych oświadczeń woli. Aviva potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy. Okres ubezpieczenia wskazywany jest w polisie.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w zakresie pełnym lub ograniczonym.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie bezimiennej lub

imiennej.

§5

1. Umowę ubezpieczenia w formie bezimiennej zawiera się, jeżeli ubezpieczeniem zostają objęte wszystkie osoby należące do określonej w polisie grupy osób.
2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej w stosunku do wszystkich osób objętych umową obowiązuje ten sam zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz te same sumy ubezpieczenia.

§6

1. Umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się, jeżeli do ubezpieczenia zostają zgłoszone wszystkie osoby należące do określonej w polisie grupy osób lub stanowiące część danej grupy.
2. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w formie imiennej, ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć imienny wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia.

§7

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta jest na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający, będący przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, natomiast pozostali ubezpieczający - w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia Aviva nie poinformuje ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, wówczas termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1 biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej pierwsza rata nie zostanie zapłacona w przewidzianym terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 14 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania. W wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki nieopłacenia składki.
5. Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.
6. W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia, Aviva dokona zwrotu składki proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§8

1. Sumy ubezpieczenia dla każdego z ubezpieczonych z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazane są w polisie.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, odpowiedzialność Avivy z tytułu zajścia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w umowie ubezpieczenia ograniczona jest do zapłaty świadczenia w wysokości nie wyższej, niż wskazana w polisie suma ubezpieczenia z tytułu zajścia tego zdarzenia.
3. Jeżeli w okresie odpowiedzialności Avivy zajdzie więcej niż jedno zdarzenie ubezpieczeniowe danego rodzaju, łączna wysokość świadczeń za wszystkie te zdarzenia nie może być wyższa, niż określona dla tego rodzaju zdarzenia suma ubezpieczenia.
4. Jeżeli w umowie ubezpieczenia ustalono progresywny system wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, odpowiedzialność Avivy za jeden i wszystkie trwałe uszczerbki na zdrowiu powstałe w okresie odpowiedzialności Avivy, ograniczona jest do wysokości 3-krotności sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie.
5. Suma ubezpieczenia ustalona w ubezpieczeniu bagażu podróżnego jest pomniejszana o wartość wypłaconego odszkodowania.

§9

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wysokości sum ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, zakresu ubezpieczenia, okresu udzielanej ochrony, systemu świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, zawodu wykonywanego przez ubezpieczonych oraz liczby ubezpieczonych.
2. Wysokość składki może być również ustalona w drodze indywidualnych negocjacji ubezpieczającego z Avivą.
3. Na wniosek ubezpieczającego składka może zostać opłacona w ratach. Wysokość poszczególnych rat składki oraz termin ich płatności określone są w polisie.
4. Składka lub jej rata powinna być opłacana przelewem na rachunek bankowy Avivy, przekazem pocztowym lub w inny sposób uzgodniony z Avivą. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania właściwego rachunku Avivy.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę lub jej pierwszą ratę w terminie wskazanym w polisie.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§10

1. Jeżeli składka z tytułu wszystkich ubezpieczonych lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w całości w terminie wskazanym w polisie, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki.
2. W odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych przystępujących do ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, jeżeli składka za danego ubezpieczonego lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w polisie, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia następnego po otrzymaniu przez Avivę pisemnego zgłoszenia ubezpieczonego do ubezpieczenia. W razie dokonania zapłaty składki po upływie terminu wskazanego w polisie, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki.
3. Z zastrzeżeniem ust. 1 i 2, dla uczestników wycieczek, obozów, wczasów, pobytu w sanatorium lub innych form wypoczynku zgodnie z Klauzulą XIX, a także w odniesieniu do ubezpieczenia bagażu podróżnego zgodnie z Klauzulą XXII, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się – dla danego ubezpieczonego – z chwilą opuszczenia przez niego domu w celu udania się w podróż, jednak nie wcześniej niż w dniu wskazanym w polisie.
4. Odpowiedzialność Avivy kończy się z chwilą:
   1) rozwiązania umowy ubezpieczenia,
   2) upływu okresu ubezpieczenia,
   3) w razie niezapłacenia kolejnej raty składki – w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty raty składki, które zostanie przekazane ubezpieczającemu w dowolnej formie po upływie terminu zapłaty tej raty,
   4) w stosunku do danego ubezpieczonego:
      a) z chwilą jego śmierci,
      b) z chwilą wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w polisie dla tego ubezpieczonego sum ubezpieczenia z tytułu zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2,
      c) ustania stosunku łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, który warunkuje objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
   5) powrotu do domu uczestników wycieczek, obozów, wczasów, pobytu w sanatorium lub innych form wypoczynku zgodnie z Klauzulą XIX, a także w odniesieniu do ubezpieczenia bagażu podróżnego zgodnie z Klauzulą XXII, jednak nie później niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w polisie.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest udzielić zgodnych z prawdą i jego najlepszą wiedzą odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub skierowane do niego na piśmie przez Avivę przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający udzielił odpowiedzi niezgodnych z prawdą, Aviva nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązku podania wymienionych informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, które nie zostały wskazane pomimo obowiązku, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
2. W umowie ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej warunki umowy ubezpieczenia, w szczególności niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wraz z informacją o postanowieniach wzorca umownego, przed przystąpieniem tej osoby do umowy ubezpieczenia, na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, rozumianym jako materiał lub urządzenie umożliwiające konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do Avivy zmiany danych podanych we wniosku o ubezpieczenie.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej, ubezpieczający jest zobowiązany w terminie wskazanym w polisie, informować o zmianach dotyczących liczebności ubezpieczonej grupy. Jeżeli podczas

trwania umowy ubezpieczenia liczebność grupy zmieni się w stosunku do liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia przy zawarciu umowy ubezpieczenia, wówczas:

1) w przypadku zwiększenia się liczby osób w grupie – składka określona przy zawarciu umowy ubezpieczenia wzrasta proporcjonalnie licząc od miesiąca, w którym liczba osób w grupie uległa zwiększeniu,
2) w przypadku zmniejszenia się liczby osób w grupie – składka określona przy zawarciu umowy ubezpieczenia zmniejsza się proporcjonalnie licząc od miesiąca, w którym liczba osób w grupie uległa zmniejszeniu,
3) termin rozliczenia składki zgodnie z pkt. 1) i 2) określony jest w polisie.

5. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub ubezpieczony zobowiązani są do niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni, informowania Avivy o zmianie zawodu wykonywanego przez ubezpieczonych.
6. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest:
   1) starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej oraz wypełniając zalecenia lekarza,
   2) niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni, powiadomić Avivę o zajściu nieszczęśliwego wypadku, a gdyby zachowanie tego terminu było niemożliwe – w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej powiadomienie w terminie.
7. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 3-5 lub 6 pkt 1), jeśli miało to istotny wpływ na powstanie szkody, zwiększenie jej rozmiarów, ustalenie okoliczności jej powstania bądź też na ustalenie wysokości odszkodowania, przyczyny lub rozmiaru szkody, Aviva może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części. Jeżeli ubezpieczony z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełni obowiązku określonego w ust. 6 pkt 2), Aviva może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Avivie ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
8. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, każda ze stron umowy ubezpieczenia może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

USTALANIE ŚWIADCZEŃ
§12

1. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wskazanym w umowie ubezpieczenia zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Avivy.
2. Przedłożone Avivie orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W szczególności w celu potwierdzenia stanu zdrowia ubezpieczonego, dochodzącego zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, Aviva może zażądać od niego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które wykonane zostaną przez lekarza wskazanego przez Avivę na koszt Avivy.
3. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty związane ze zdarzeniem są składane do Avivy wraz z tłumaczeniem na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane ze złożeniem dokumentów wraz z ich tłumaczeniem obciążają ubezpieczonego lub osobę dochodzącą zapłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
4. Wysokość świadczeń Aviva określa na podstawie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego, w tym orzeczenia lub opinii lekarza wyznaczonego przez Avivę.
5. Rodzaj działalności zarobkowej wykonywanej przez ubezpieczonego nie ma wpływu na ustalenie wysokości świadczeń.
6. Wysokość świadczeń z tytułu poszczególnych zdarzeń ustala się na podstawie właściwych postanowień zawartych w Klauzulach stanowiących załącznik do niniejszych warunków ogólnych.

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ
§13

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Avivy i wysokości świadczenia.
2. W terminie 7 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Aviva pisemnie lub w innej formie poinformuje ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty świadczenia. Aviva zastrzega sobie prawo żądania dokumentacji uzupełniającej, jeżeli na podstawie otrzymanych informacji nie będzie możliwa jednoznaczna ocena zaistniałej sytuacji.
3. Na podstawie przedłożonych dokumentów oraz zebranych informacji Aviva przekaże ubezpieczonemu lub innej osobie zgłaszającej roszczenie stanowisko dotyczące swojej odpowiedzialności, a w razie uznania roszczenia, również wysokości przyznanego świadczenia.
4. Aviva zobowiązana jest do dokonania wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Avivy okaże się niemożliwe w tym terminie, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Aviva 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, Aviva poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
6. Od decyzji odmownej osobie zgłaszającej roszczenie przysługuje możliwość odwołania się do sądu powszechnego wskazanego w § 17.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ
§14

1. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz koszty pogrzebu ubezpieczonego wypłacane są uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziałów w świadczeniu, uważa się że udziały te są równe.
2. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych, bądź nie zostali oni wskazani, świadczenia określone w ust. 1 przypadają spadkobiercom ustawowym ubezpieczonego, bez względu na to, czy w danym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego według stanu prawnego na dzień śmierci ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz zwrot kosztów pogrzebu ubezpieczonego nie przysługują uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego.
4. Świadczenia z tytułu śmierci małżonka ubezpieczonego, trwałego uszczerbku na zdrowiu, złamania kości, oparzenia ciała, pobytu w szpitalu ubezpieczonego lub małżonka, niezdolności do pracy, koszty naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, przeszkolenia zawodowego inwalidów, leczenia, rehabilitacji, operacji plastycznych, odbudowy stomatologicznej, uczestnictwa w wykupionych wczasach, wycieczkach, z tytułu ubezpieczenia bagażu podróżnego, wypłacane są ubezpieczonemu.
5. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia pomocy assistance wypłacane są podmiotowi, który poniósł koszty poszczególnych usług.
6. Jeżeli ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przed otrzymaniem świadczenia z tego tytułu, wówczas jedynym świadczeniem należnym jest świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane na rachunek uposażonego lub innego uprawnionego zgodnie z treścią ust. 1-3.
7. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania danego świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Avivą.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI
§15

Z odpowiedzialności Avivy wyłączone są nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:

1. wskutek chorób, nawet takich, które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zawał serca i udar mózgu zgodnie z Klauzulą XXIII,
2. w związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, przebywaniem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku;
3. w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego przestępstwa,
4. w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
5. w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych prawem powszechnie obowiązującym, bądź z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, o ile miało to

wpływ na powstanie szkody, jeżeli wykonywanie pracy bez kwalifikacji lub uprawnień, naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, miało wpływ na rozmiar szkody,

6. podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli prowadzenie przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień miało wpływ na rozmiar szkody,
7. podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli prowadzenie pojazdu bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu miało wpływ na rozmiar szkody,
8. w wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Aviva ponosi odpowiedzialność, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względom słuszności,
9. w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw wypadku,
10. w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem następujących przypadków:
    a) gdy ubezpieczony przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
    b) gdy ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu,
    c) gdy ubezpieczony był przewożony jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie,
11. jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek,
12. w wyniku 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,
13. jako wynik wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego w tym treningów,
14. jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

OŚWIADCZENIA WOLI
§16

1. Z zastrzeżeniem §10 ust. 4 pkt. 3) i §18 ust. 2 oraz ust. 3, oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w ogólnych warunkach ubezpieczenia i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Aviva przesyła pisma na ostatni znany adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany adresu każda ze Stron umowy ubezpieczenia zobowiązana jest poinformować o tym fakcie drugą Stronę.
3. Niezależnie od powyższych postanowień tryb postępowania reklamacyjnego jest uregulowany w §18 Reklamacje.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY
§17

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

REKLAMACJE
§18

1. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Avivy lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Avivy.
2. Reklamacje mogą być składane:
    1) w formie pisemnej – osobiście w Avivie lub w jednostce Avivy obsługującej jej klientów albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
    2) ustnie – telefonicznie dzwoniąc pod numer +48 22 557 44 44 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w Avivie lub jednostce Avivy obsługującej jej klientów,
    3) w formie elektronicznej – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres: reklamacje@aviva.pl.
3. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 roku Nr 199, poz. 1175)). Odpowiedź tą możemy dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek zgłaszającego reklamację.
4. Rozpatrzymy złożoną reklamację i udzielimy odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w §18 ust. 4, wyjaśnimy, w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Osoba zgłaszająca reklamację jest uprawniona do złożenia odwołania od decyzji Avivy dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia §18 ust. 1-5.
7. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Avivy obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
8. Aviva podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Konsumentowi przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
10. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w §18 ust. 7-9 regulują właściwe przepisy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§19

1. W porozumieniu z ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Postanowienia powyższe powinny być sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie odpowiednie przepisy obowiązujących aktów prawnych.
3. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Grono zostały przyjęte uchwałą Zarządu Avivy Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych SA z dnia 14.12.2016 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od dnia 10.01.2017 roku.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 3/12

KLAUZULA I
ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci.

KLAUZULA II
ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku komunikacyjnego, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego.

KLAUZULA III
ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU PRZY PRACY

W razie śmierci ubezpieczonego na skutek wypadku przy pracy, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku przy pracy.

KLAUZULA IV
ŚMIERĆ MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W razie śmierci małżonka ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA V
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ STAŁYCH (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W TABELI ŚWIADCZEŃ NR 1)

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli świadczeń nr 1.

Tabela świadczeń nr 1

		Wskaźnik procentowy trwałego uszczerbku na zdrowiu
I	Głowa	
1	amputacja nosa	30%
2	amputacja małżowiny usznej	20%
II	Układ nerwowy	
3	porażenie połowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	100%
4	niedowład połowiczny utrwalony lub niedowład kończyn dolnych z afazją	70%
5	niedowład jednej kończyny	40%
6	ciężkie nieuleczalne zaburzenia psychiczne wymagające opieki osób trzecich, (potwierdzone leczeniem szpitalnym psychiatrycznym)	100%
7	encefalopatia pourazowa z obecnością padaczki, padaczka z częstymi napadami bez zmian otępiennych lub padaczka z rzadkimi napadami i zespołem otępiennym, zespoły zaburzeń równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie, zespoły pozapiramidowe utrudniające sprawność chorego z zaburzeniami mowy lub napadami ocznymi	70%
III	Narząd wzroku	
8	całkowita ślepota obu oczu	100%
9	całkowita ślepota jednego oka lub wyłuszczenie gałki ocznej	38%
IV	Narząd słuchu	
10	głuchota całkowita	50%
11	głuchota całkowita jednego ucha	20%
V	Klatka piersiowa, jama brzuszna	
12	utrata płuca	40%
13	utrata jednej nerki	35%
14	utrata prącia	40%
15	utrata pochwy i macicy	30%
16	uszkodzenie pęcherza	20%
17	utrata segmentu wątroby	20%
18	utrata płata wątroby	50%
19	utrata śledziony	20%
20	utrata trzustki	50%
VI	Kręgosłup	
21	porażenie czterech kończyn – utrwalone	100%
22	porażenie dwóch kończyn górnych lub dwóch dolnych – utrwalone	90%
23	utrwalony niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych	80%
24	zespół stożka końcowego rdzenia	40%
VII	Kończyna dolna	
25	amputacja w obrębie biodra	85%
26	amputacja w obrębie uda	70%
27	amputacja w obrębie stawu kolanowego	65%
28	amputacja w obrębie podudzia	60%
29	amputacja całej stopy	50%
30	amputacja w obrębie śródstopia	25%
31	amputacja palucha	12%
32	amputacja palców II-V, za każdy palec	2%
33	skrócenie kończyny powyżej 5 cm	30%
VIII	Kończyna górna	
34	amputacja kończyny w obrębie barku	75%
35	amputacja kończyny w obrębie ramienia	70%
36	amputacja kończyny w stawie łokciowym	65%
37	amputacja kończyny w obrębie przedramienia	60%
38	amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	55%
39	amputacja kciuka	40%
40	amputacja palca wskazującego	18%
41	amputacja palców III-V, za każdy palec	8%
42	amputacja lub uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie może przekraczać	55%

2. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Avivę.
3. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj uszczerbku opisanego w Tabeli świadczeń nr 1, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj uszczerbku, lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana w polisie.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, którego czynność przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia była już upośledzona, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.

KLAUZULA VI
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ PROPORCJONALNYCH (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W „TABELACH PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU")

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie oraz wysokości wskaźnika procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
2. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Avivę na podstawie „Tabel procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" obowiązujących w Avivie, dostępnych w siedzibie Avivy oraz na stronie internetowej Avivy.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji,

nie później jednak niż 24 miesiące od daty wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.

4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu lecz nie więcej niż suma ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazana w polisie.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
6. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Avivę, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Avivy należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Avivę.

KLAUZULA VII
TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU – SYSTEM ŚWIADCZEŃ PROGRESYWNYCH (USZCZERBKI NA ZDROWIU WSKAZANE W „TABELACH PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU")

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
   1) 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu nie większych niż 25%,
   2) 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 25% do 45%,
   3) 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 45% do 65%,
   4) 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 65% do 85%,
   5) 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 85% do 100%.
2. Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Avivę na podstawie „Tabel procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" obowiązujących w Avivie, dostępnych w siedzibie Avivy oraz na stronie internetowej Avivy.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalany niezwłocznie po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od daty wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej, niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu, lecz nie więcej niż 3-krotność sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w polisie.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
6. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Avivę, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, które zgodnie z przewidywaniami Avivy należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Avivę.

KLAUZULA VIII
ZŁAMANIE

1. Jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony odniesie obrażenia obejmujące złamanie jednej lub więcej kości, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu złamania wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju złamania wskazanego w Tabeli świadczeń nr 2.

Tabela świadczeń nr 2

		Wskaźnik procentowy złamania
I	**Głowa**	
1	złamania podstawy i /lub sklepistości czaszki (bez twarzoczaszki)	15%
2	złamanie kości twarzoczaszki, za każdą kość	5%
II	**Klatka piersiowa**	
3	złamanie mostka	5%
4	złamanie co najmniej trzech żeber	3%
III	**Kręgosłup**	
5	złamanie kompresyjne trzonu lub złamanie wyrostków – poprzecznych, kolczystych, łuków	20%
6	złamanie kręgów ogonowych	15%
IV	**Miednica**	
7	złamanie z przerwaniem obręczy miednicy	50%
8	złamanie bez przerwania obręczy miednicy	20%
V	**Kończyna dolna**	
9	złamanie i zwichnięcie w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	50%
10	złamania w obrębie kości tworzących staw kolanowy	50%
11	złamanie jednej kości podudzia	20%
12	złamanie obu kości podudzia	30%
13	złamanie kości piętowej lub skokowej	15%
14	złamanie w obrębie kości stępu	10%
15	złamanie kości śródstopia	15%
16	złamanie palucha	2%
17	złamanie palców II-V, za każdy palec	1%
VI	**Kończyna górna**	
18	złamanie łopatki	20%
19	złamanie obojczyka	20%
20	złamanie łopatki i obojczyka	35%
21	złamanie kości ramiennej	30%
22	złamanie kości w obrębie stawu łokciowego	30%
23	złamanie jednej z kości przedramienia	20%
24	złamanie obu kości przedramienia	30%
25	złamanie kości nadgarstka	20%
26	złamanie kości w obrębie śródręcza	8%
27	złamanie kciuka	15%
28	złamanie II palca	10%
29	złamanie palca III - V, za każdy palec	5%

2. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj złamania opisanego w Tabeli świadczeń nr 2, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj złamania, lecz nie więcej, niż suma ubezpieczenia z tytułu złamania wskazana w polisie.
3. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku nastąpi więcej niż jedno złamanie tej samej kończyny, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każde złamanie, lecz nie więcej niż wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu złamania wskazana w polisie.
4. W razie powikłań złamań kości (zapalenie, zrost opóźniony, staw rzekomy) wysokość świadczenia wzrasta o 10%.

KLAUZULA IX
OPARZENIE

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony uległ oparzeniu co najmniej II stopnia, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu oparzenia wskazanej w polisie oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju oparzenia wskazanego w Tabeli świadczeń nr 3.

Tabela świadczeń nr 3

	Rodzaj	Wskaźnik procentowy oparzenia
1	oparzenie II stopnia od 5% do 15% powierzchni ciała	15%
2	oparzenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	15%
3	oparzenie II stopnia od 15% do 30% powierzchni ciała	30%

4	oparzenie III stopnia od 5% do 10% powierzchni ciała	30%
5	oparzenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	70%
6	oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	70%
7	oparzenia IV stopnia powyżej 10% powierzchni ciała	100%
8	oparzenie dróg oddechowych z zaburzeniami oddechu	100%
9	oparzenie górnego odcinka przewodu pokarmowego ze zwężeniem i upośledzeniem odżywienia	100%

KLAUZULA X
POBYT W SZPITALU

1. Jeżeli ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu dłużej niż 3 dni, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
2. Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie i 364 dni.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość przysługującego świadczenia stanowi iloczyn dziennego świadczenia i liczby dni, które ubezpieczony spędził w szpitalu.
4. Jeżeli podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie w podwójnej wysokości dziennego świadczenia określonego w polisie, nie dłużej jednak niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Aviva wypłaca świadczenie w kwocie określonej w polisie.
5. Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przez okres 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż za okres 364 dni. Dzienne świadczenie szpitalne nie przysługuje ubezpieczonemu za kolejny pobyt w szpitalu przypadający po upływie co najmniej 12 miesięcy liczonych od poprzedniego pobytu w szpitalu.
6. Dzienne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego. Na pisemny wniosek ubezpieczającego Aviva może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA XI
POBYT W SZPITALU MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Jeżeli małżonek ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu dłużej niż 3 dni, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
2. Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie i 364 dni.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość przysługującego świadczenia stanowi iloczyn dziennego świadczenia i liczby dni, które małżonek ubezpieczonego spędził w szpitalu.
4. Jeżeli podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku małżonek ubezpieczonego przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie w podwójnej wysokości dziennego świadczenia określonego w polisie, nie dłużej jednak niż za 5 dni pobytu na OIOM-ie. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Aviva wypłaca świadczenie w kwocie określonej w polisie.
5. Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przez okres 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż za okres 364 dni. Dzienne świadczenie szpitalne nie przysługuje ubezpieczonemu za kolejny pobyt małżonka w szpitalu przypadający po upływie co najmniej 12 miesięcy od poprzedniego pobytu małżonka w szpitalu.
6. Dzienne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego. Na pisemny wniosek ubezpieczającego Aviva może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA XII
TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

1. W razie powstania wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego, Aviva zobowiązana jest do zapłaty sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy wskazanej w polisie, pod warunkiem że trwała niezdolność do pracy powstała w ciągu 6 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku, trwa nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny.
2. Oceny niezdolności do pracy dokonują lekarze wskazani przez Avivę.

KLAUZULA XIII
CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

1. W razie powstania wskutek nieszczęśliwego wypadku czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy przez maksymalny okres 90 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wskazanej w polisie i 90 dni. Świadczenie przysługuje wyłącznie, gdy Aviva zobowiązana jest do wypłaty świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu i pod warunkiem, że niezdolność do pracy została potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym na druku obowiązującym zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenie jest wypłacane:
   1) od 1 dnia niezdolności do pracy – w razie gdy wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony przebywał co najmniej 3 dni w szpitalu,
   2) od 15 dnia niezdolności do pracy – w razie gdy wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony był leczony ambulatoryjnie.
3. Jeżeli po zakończeniu pobytu w szpitalu ubezpieczony nadal nie jest zdolny do pracy, co zostanie potwierdzone zaświadczeniem lekarskim wystawionym na druku obowiązującym zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje od 1 dnia niezdolności do pracy przez maksymalny okres 90 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie przysługuje wyłącznie osobom prowadzącym działalność zarobkową. Aviva zastrzega sobie prawo do wstrzymania wypłaty dziennego świadczenia, jeżeli ubezpieczony podczas zwolnienia lekarskiego prowadzi działalność zarobkową.

KLAUZULA XIV
NAPRAWA LUB ZAKUP PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ORAZ KOSZTY PRZESZKOLENIA ZAWODOWEGO INWALIDÓW

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu następujących kosztów poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
   1) zakupu lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
   2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, odbytego przez ubezpieczonego.
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie dostarczonych faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów wskazanej w polisie, pod warunkiem że:
   1) zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza,
   2) odbycie szkolenia zawodowego inwalidów przez ubezpieczonego zostało zalecone przez organ rentowy,
   3) wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XV
KOSZTY LECZENIA

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu następujących kosztów leczenia ubezpieczonego, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku:
   1) koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego,
   2) koszty pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych),
   3) koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
   4) koszty wezwania karetki pogotowia lub przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium,
   5) koszty nabycia lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
2. Zwrot kosztów leczenia następuje, do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, pod warunkiem że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XVI
KOSZTY REHABILITACJI

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów rehabilitacji ubezpieczonego, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku, realizowanych metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii.

2. Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów rehabilitacji, na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, do wysokości wskazanej w polisie sumy ubezpieczenia z tytułu rehabilitacji, pod warunkiem że koszty:
   1) dotyczą rehabilitacji zaleconej przez lekarza i stanowiącej integralną część leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
   2) poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym, niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XVII
KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów operacji plastycznej przeprowadzonej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile w jego wyniku ubezpieczony przebywał w szpitalu co najmniej 3 dni.
2. Zwrot kosztów operacji plastycznej następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów operacji plastycznych wskazanej w polisie, pod warunkiem że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XVIII
KOSZTY ODBUDOWY STOMATOLOGICZNEJ

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu następujących kosztów odbudowy stomatologicznej w celu usunięcia ubytków w uzębieniu ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku:
   1) koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego, pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia: odbudowy i rekonstrukcji zębów, wszczepienia implantów, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii stomatologicznej,
   2) koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
   3) koszty nabycia lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
2. Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów odbudowy stomatologicznej, o ile ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu co najmniej 3 dni.
3. Aviva nie zwraca kosztów:
   1) profilaktycznych przeglądów stomatologicznych,
   2) stomatologii zachowawczej,
   3) leczenia ortodontycznego protetycznego i leczenia ze względów estetycznych (wybielania zębów, usuwania kamienia nazębnego, fluoryzacji, lakowania, piaskowania).
4. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów odbudowy stomatologicznej wskazanej w polisie, pod warunkiem że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XIX
KOSZTY UCZESTNICTWA W WYKUPIONYCH WCZASACH LUB WYCIECZKACH

1. W razie niemożności wykorzystania przez ubezpieczonego na skutek czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wykupionych wczasów lub wycieczek, Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów uczestnictwa ubezpieczonego w tych wczasach lub wycieczkach.
2. Aviva zwraca koszty uczestnictwa w wykupionych wczasach lub wycieczkach pod warunkiem, że niezdolność do pracy ubezpieczonego została potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz o ile ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu co najmniej 3 dni.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, zwrot kosztów uczestnictwa w wykupionych wczasach lub wycieczkach następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów uczestnictwa w wykupionych wczasach lub wycieczkach wskazanej w polisie.
4. Aviva zwraca koszty uczestnictwa w wykupionych wczasach lub wycieczkach do wysokości ceny nabycia prawa do uczestnictwa ubezpieczonego, bez uwzględnienia innych kosztów lub opłat, w tym poniesionych przez lub na rzecz innych osób.

KLAUZULA XX
KOSZTY POGRZEBU

1. W razie śmierci ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku objętej ochroną ubezpieczeniową Avivy, mającej miejsce w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów pogrzebu ubezpieczonego.
2. Zwrot kosztów pogrzebu następuje w kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy wydatkami poniesionymi na zorganizowanie pogrzebu, obejmującymi w szczególności koszty transportu zwłok, pochówku, konsolacji, nagrobka, a kwotą pokrytą z powszechnego ubezpieczenia społecznego, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów pogrzebu wskazanej w polisie.
3. Zwrot kosztów pogrzebu następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i faktur lub rachunków, pod warunkiem że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

KLAUZULA XXI
POMOC ASSISTANCE

1. Odpowiedzialność Avivy z tytułu pomocy assistance zachodzi, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ ubezpieczony, wystąpił na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Aviva zobowiązuje się za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizować i pokryć koszty pomocy assistance koniecznej do przeprowadzenia w związku z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku, obejmującej następujące usługi:
   1) wizyta lekarza – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do miejsca pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz honorarium lekarza; usługa jest realizowana o ile miejsce pobytu ubezpieczonego jest oddalone od miejsca jego zamieszkania o co najmniej 50 km,
   2) wizyta pielęgniarki – na zlecenie lekarza wskazanego przez Avivę, organizacja i pokrycie kosztów dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; Aviva zorganizuje usługę w ciągu 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez wyznaczonego lekarza, w liczbie nie większej niż 7 wizyt trwających po 1 godzinie,
   3) transport medyczny – organizacja i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:
      a) z miejsca jego zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanego przez wyznaczonego przez Avivę lekarza szpitala, odpowiednio wyposażonego do udzielania pomocy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; o celowości i wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz wyznaczony przez Avivę; Aviva nie pokrywa kosztów transportu, jeżeli interweniuje pogotowie ratunkowe na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
      b) ze szpitala do szpitala, gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia właściwym dla jego stanu zdrowia lub gdy został on skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej,
      c) ze szpitala do miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jeśli pobyt ubezpieczonego w szpitalu trwał dłużej niż 5 dni, odpowiednim, zalecanym przez lekarza wskazanego przez Avivę środkiem transportu; Aviva nie pokrywa kosztów transportu medycznego, jeżeli realizowany on jest na koszt powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
   4) transport na komisję lekarską – organizacja transportu z miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na komisję lekarską oraz transport powrotny, odpowiednim, zalecanym przez lekarza wskazanego przez Avivę środkiem transportu; Aviva organizuje usługę 1 raz w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, koszt transportu pokrywany jest przez ubezpieczonego,
   5) dostarczenie leków oraz artykułów spożywczych – organizacja dostarczenia leków oraz artykułów spożywczych do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; koszt zakupu leków oraz artykułów spożywczych pokrywany jest przez ubezpieczonego,
   6) rehabilitacja – organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji oraz transportu ubezpieczonego, w tym transportu powrotnego, na odpowiednie zabiegi, w pobliżu jego miejsca zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, ewentualnie rehabilitanta do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego; Aviva świadczy usługę maksymalnie 3 razy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia, do wysokości kwoty 800 zł łącznie na wszystkie usługi,
   7) pomoc psychologa – organizacja i pokrycie kosztów dojazdu do miejsca zamieszkania lub pobytu ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz honorarium psychologa; Aviva świadczy usługę

maksymalnie 3 razy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia,

8) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostarczenie do miejsca pobytu lub zamieszkania ubezpieczonego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ile zostało to zlecone przez lekarza wskazanego przez Avivę; Aviva świadczy usługę do wysokości kwoty 500 zł,

9) opieka opiekuna prawnego – organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego w wieku poniżej 18 roku życia; koszt pobytu opiekuna pokrywany jest przez ubezpieczonego,

10) opieka nad dziećmi:
   a) jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, Aviva zorganizuje i pokryje koszt transportu jego dzieci do 18 roku życia w towarzystwie opiekuna do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym transport powrotny dzieci, ewentualnie transport, także powrotny, osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego; usługa jest realizowana koleją pierwszej klasy lub autobusem, na wniosek ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej i za pisemną zgodą, pod warunkiem, że Aviva ma możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną pod wskazanym adresem,
   b) w sytuacji gdy nie ma możliwości skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki nad dziećmi pod wskazanym adresem, bądź osoba wyznaczona nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usługi wskazanej w pkt. a), Aviva zapewnia opiekę nad dziećmi w wieku do 18 roku życia poprzez zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, przez maksymalny okres 3 dni, jeżeli po upływie tego okresu konieczna będzie dalsza opieka, Aviva dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub właściwe instytucje; usługa jest realizowana na wniosek ubezpieczonego lub jego osoby bliskiej i za pisemną zgodą,

   usługi wskazane powyżej realizowane są w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi,

11) opieka nad osobami niesamodzielnymi – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, a w miejscu jego zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostaje osoba bliska, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych, Aviva zapewnia pomoc polegającą na:
   a) opiece nad osobami niesamodzielnymi – organizacja i pokrycie kosztów opieki w miejscu zamieszkania ubezpieczonego przez maksymalny okres 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu konieczna będzie dalsza opieka, Aviva dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub właściwe instytucje,
   b) transporcie osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi – organizacja i pokrycie kosztów podróży w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla osoby mieszkającej i przebywającej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wyznaczonej do sprawowania opieki nad osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego,

12) opieka nad zwierzętami domowymi – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, a w miejscu jego zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pozostają bez opieki zwierzęta domowe, Aviva zapewnia usługi polegające na:
   a) opiece nad zwierzętami domowymi – organizacja i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi przez maksymalny okres 3 dni; opieka polega na karmieniu, wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego, z wyłączeniem leczenia weterynaryjnego; koszt karmy pokrywany jest przez ubezpieczonego,
   b) transporcie zwierząt domowych – organizacja i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wyznaczonej przez ubezpieczonego lub jego osobę bliską na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub do najbliższego schroniska bądź hotelu dla zwierząt; Aviva świadczy usługę do wysokości kwoty 500 zł,

   przez zwierzęta domowe rozumie się zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego mieszkaniu lub domu, utrzymywane w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia osób trzecich np. psów ras zaliczanych do niebezpiecznych; Aviva realizuje usługę opieki lub transportu zwierząt domowych pod warunkiem okazania przedstawicielowi Centrum Alarmowego aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia,

13) informacje dla najbliższych oraz pracodawcy – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, Aviva zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazywaniu, na życzenie ubezpieczonego, ważnych wiadomości osobom bliskim lub pracodawcy.

3. Centrum Alarmowe dodatkowo zapewni ubezpieczonemu:
   1) całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania medycznego,
   2) telefoniczny dostęp do następujących informacji:
      a) baza danych: aptek na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów, placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Avivy, placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych), placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych, placówek opieki społecznej, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
      b) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędne szczepienia, specyfika danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
      c) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
      d) informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów),
      e) informacje farmaceutyczne o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących przepisów,
      f) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
      g) informacje o grupach wsparcia i telefonach zaufania dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
      h) informacje o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
      i) informacje o ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, przesądy, dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna,
      j) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
      k) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
      l) instrukcje przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroskopia, kolonoskopia, koronografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy,
      m) profilaktyka zachorowań na grypę.

4. Informacje medyczne oraz telefoniczna rozmowa z lekarzem dyżurnym nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

5. Aviva nie pokryje kosztów pomocy assistance poniesionych przez ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach odpowiedzialności Avivy, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu siły wyższej lub szczególnych okoliczności.

6. Aviva nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania usług zaistniałe z przyczyn zewnętrznych, niezależnych od Avivy.

7. Aviva nie zorganizuje pomocy assistance, o ile ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia ubezpieczonego konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. Centrum Alarmowe po stwierdzeniu okoliczności wskazanych w zdaniu poprzednim może wezwać pogotowie ratunkowe, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwia mu zrealizowanie tej czynności samodzielnie.

8. Aviva nie pokryje kosztów pomocy assistance, jeżeli zostały one pokryte w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Aviva nie odpowiada za jakiekolwiek szkody na osobie lub mieniu, doznane w związku z realizacją pomocy assistance.

KLAUZULA XXII
ZABÓR, ZNISZCZENIE LUB USZKODZENIE BAGAŻU PODRÓŻNEGO WSKUTEK ROZBOJU

1. Aviva obejmuje ochroną ubezpieczeniową bagaż podróżny od jego zaboru, zniszczenia lub uszkodzenia w wyniku rozboju, który nastąpił w okresie odpowiedzialności Avivy.

2. Ochroną ubezpieczeniową objęty jest bagaż podróżny znajdujący się pod bezpośrednią opieką ubezpieczonego.

3. Aviva obejmuje ochroną ubezpieczeniową bagaż podróżny na terenie całego świata.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przewożone w formie bagażu podróżnego:
   1) srebro, złoto, platyna w złomie i sztabach,
   2) wartości pieniężne, papiery wartościowe, książeczki i bony oszczędnościowe, karty płatnicze rodzaju oraz bilety na przejazdy środkami komunikacji i klucze,
   3) dokumenty i rękopisy, instrumenty muzyczne, rzeczy o wartości naukowej, artystycznej,
   4) biżuteria, dzieła sztuki, antyki oraz zbiory kolekcjonerskie,
   5) programy komputerowe oraz dane na nośnikach rodzaju,
   6) sprzęt sportowy,
   7) broń rodzaju i trofea myśliwskie,
   8) paliwa napędowe, akcesoria samochodowe oraz przedmioty stanowiące wyposażenie przyczep kempingowych i łodzi,
   9) przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej, z wyjątkiem przenośnego sprzętu elektronicznego wskazanego w definicji bagażu podróżnego,
   10) sprzęt medyczny, lekarstwa, protezy,
   11) mienie przesiedleńcze.
5. Z tytułu ubezpieczenia bagażu podróżnego Aviva nie wypłaci odszkodowania za szkody:
   1) powstałe w wyniku innego działania niż rozbój,
   2) wyrządzone umyślnie przez ubezpieczonego lub wyrządzone przez niego wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności,
   3) polegające wyłącznie na uszkodzeniu lub zniszczeniu waliz, neseserów, toreb, paczek lub innych pojemników bagażu,
   4) powstałe w następstwie zniszczenia, konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania lub zarekwirowania mienia przez organy celne lub inne władze,
   5) których zajście nie zostało udokumentowane poprzez zgłoszenie tego faktu na Policji.
6. W razie wystąpienia szkody w bagażu podróżnym ubezpieczony jest zobowiązany:
   1) użyć dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu,
   2) niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni, zawiadomić miejscową policję o zdarzeniu i uzyskać pisemne potwierdzenie tego faktu z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów (z podaniem ich ilości, rodzaju i wartości).
7. W granicach sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie wysokość odszkodowania z tytułu zaboru, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu podróżnego Aviva określi według udokumentowanej wysokości szkody z uwzględnieniem zużycia tych przedmiotów do dnia szkody, a w razie braku takiego udokumentowania:
   1) według cen detalicznych przedmiotu tego samego lub podobnego rodzaju i gatunku z dnia ustalania odszkodowania, pomniejszonych o stopień zużycia do dnia szkody albo
   2) według kosztów naprawy, z zastrzeżeniem że koszty te nie mogą przekraczać kosztów zakupu nowego przedmiotu.
8. Odszkodowanie ustala się jako kwotę odpowiadającą wysokości szkody z uwzględnieniem następujących zasad:
   1) od ustalonej wysokości szkody odejmuje się wartość tej części mienia dotkniętego szkodą, które z uwagi na rodzaj lub rozmiar uszkodzeń nadaje się jeszcze do dalszego użytku, sprzedaży lub przeróbki,
   2) w kwocie odszkodowania nie uwzględnia się wartości naukowej, kolekcjonerskiej, zabytkowej, artystycznej, pamiątkowej lub sentymentalnej, amatorskiej oraz osobistych upodobań ubezpieczonego,
   3) maksymalna wysokość wypłacanego odszkodowania nie może przekroczyć faktycznej wysokości szkody,
   4) od ostatecznej kwoty odszkodowania Aviva potrąci udział własny w kwocie 50 zł.

KLAUZULA XXIII
ZAWAŁ SERCA LUB UDAR MÓZGU

1. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Klauzulę, zawał serca i udar mózgu, niezależnie od przyczyny, którą zostały wywołane, stanowią nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Klauzuli mogą być objęte wyłącznie osoby, które w momencie rozpoczęcia tej ochrony nie ukończyły 60 roku życia.
3. Rodzaje i wysokość świadczeń z tytułu niniejszej Klauzuli ustala się według zasad określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz Klauzulach I – XXI.
4. Jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczonemu nie przysługują żadne świadczenia na podstawie niniejszej Klauzuli.