



Grupowe Ubezpieczenie  
Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

# Grono

Ogólne Warunki Ubezpieczenia



## SPIS TREŚCI

Postanowienia ogólne	3
Definicje	3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
Umowa ubezpieczenia	4
Suma ubezpieczenia i składka	5
Początek i koniec odpowiedzialności	5
Prawa i obowiązki stron umowy	6
Ustalanie świadczeń	6
Tryb dochodzenia roszczeń	6
Wypłata świadczenia	7
Ograniczenia odpowiedzialności	7
Oświadczenia woli	7
Prawo właściwe i sąd właściwy	7
Skargi i zażalenia	8
Postanowienia końcowe	8
Klauzula I Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	8
Klauzula II Trwały uszczerbek na zdrowiu	8
Klauzula III Trwały uszczerbek na zdrowiu	9
Klauzula IV Trwały uszczerbek na zdrowiu	9
Klauzula V Złamanie	10
Klauzula VI Oparzenie	10
Klauzula VII Pobył w szpitalu	10
Klauzula VIII Trwała niezdolność do pracy	10
Klauzula IV Czasowa niezdolność do pracy	11
Klauzula X Naprawa lub zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	11
Klauzula XI Koszty leczenia	11
Klauzula XII Zawał serca i udar mózgu	11



# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONO NR 02/04

## POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków GRONO 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, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia 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 narządu;
- 2. czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania działalności zarobkowej, przy czym w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków działalność zarobkowa oznacza działalność nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 3. 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;
- 4. 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;
- 5. 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;
- 6. oparzenie** – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek zadziałania czynnika termicznego, chemicznego lub elektrycznego na organizm człowieka;
- 7. 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;
- 8. 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;
- 9. 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;
- 10. pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, dłużej niż trzy 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;
- 11. przedmioty ortopedyczne** – rodzaje przedmiotów ortopedycznych opisane w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 maja 2003 roku w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowych kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także przedmiotów ortopedycznych podlegających naprawie (Dz. U. nr 85, poz. 787 z późn. zm.);
- 12. przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która we własnym imieniu prowadzi działalność gospodarczą lub zawodową;
- 13. szpital** – zakład opieki zdrowotnej 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 przewlekłych chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak też oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych;
- 14. środki pomocnicze** – rodzaje środków pomocniczych opisane w załączniku nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 maja 2003 roku w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowych kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także przedmiotów ortopedycznych podlegających naprawie (Dz.U. Nr 85, poz. 787 z późn. zm.);
- 15. trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, przy czym w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków działalność zarobkowa oznacza działalność nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 16. trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i powstałe w ciągu dwunastu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 17. ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, a także przedsiębiorca, zawierający z Avivą umowę ubezpieczenia;
- 18. ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz 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, a także jej współmałżonek i dzieci własne lub przysposobione, pozostające pod jej władzą rodzicielską przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia;

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

**20. utrata** – amputacja narządu lub całkowita i trwała utrata jego czynności;

**21. udar mózgu** – nagłe wystąpienie objawów neurologicznych trwających ponad dwadzieścia cztery 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 trzech miesięcy od daty wystąpienia pierwszych objawów udaru;

**22. wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach przygotowujących do zawodów;

**23. 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;

**24. zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

1) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub

2) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub

3) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;

**25. zdarzenia ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Avivy, objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, złamanie kości ubezpieczonego, oparzenie ciała ubezpieczonego, niezdolność do pracy ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu, koszty naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, koszty leczenia, zawał serca i udar mózgu ubezpieczonego;

**26. 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 ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:

1) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku (Klauzula I);

2) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:  
a) z systemem świadczeń stałych, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula II),  
b) z systemem świadczeń proporcjonalnych (Klauzula III),  
c) z systemem świadczeń progresywnych (Klauzula IV);

3) złamanie kości ubezpieczonego wskazane w Tabeli świadczeń nr 2 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula V);

4) oparzenie ciała ubezpieczonego wskazane w Tabeli świadczeń nr 3 zamieszczonej w niniejszych ogólnych warunkach (Klauzula VI);

5) pobyt w szpitalu ubezpieczonego (Klauzula VII);

6) trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula VIII);

7) czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego (Klauzula IX);

8) naprawa lub zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (Klauzula X);

9) koszty leczenia ubezpieczonego (Klauzula XI);

10) zawał serca lub udar mózgu ubezpieczonego, niezależnie od przyczyny, która je wywołała (Klauzula XII).

3. Szczegółowe zasady wypłaty świadczeń przez Avivę w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2, określone są w Klauzulach, stanowiących załączniki do niniejszych ogólnych warunków.

4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa umowa ubezpieczenia.

### 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. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisy).

4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy (okres ubezpieczenia). Okres ubezpieczenia wskazywany jest w umowie ubezpieczenia.

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 umowie ubezpieczenia 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 wysokości sum ubezpieczenia.

## § 6

1. Umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się, jeżeli do ubezpieczenia zostają zgłoszone wszystkie osoby należące do określonej w umowie ubezpieczenie grupy osób lub część danej grupy.
2. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w formie imiennej, ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć imienny wykaz osób zgłaszanych do ubezpieczenia.
3. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez pracodawcę, gdy składka finansowana jest przez ubezpieczonego, ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć deklarację zgody poszczególnych ubezpieczonych na przystąpienie do ubezpieczenia.

## § 7

1. 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. W razie odstąpienia od umowy, umowa rozwiązuje się z następnym dniem po dniu, w którym Aviva otrzymała oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu.
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 terminie, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 14 dni od dnia doręczenia 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 umowie ubezpieczenia.
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 umowie ubezpieczenia 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 wyższe 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 umowie ubezpieczenia.

## § 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 określa umowa ubezpieczenia.
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 umowie ubezpieczenia.

## POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 10

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, jeżeli składka z tytułu wszystkich ubezpieczonych lub jej pierwsza rata zostanie zapłacona w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia. W razie dokonania zapłaty składki po upływie terminu wskazanego w umowie ubezpieczenia, jak również w razie zapłaty w terminie jedynie części składki, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki w pełnej wysokości.
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 umowie ubezpieczenia, 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 umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki.
3. Dla uczestników wycieczek, obozów, wczasów, pobytu w sanatorium lub innych form wypoczynku, odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się – w odniesieniu do danego ubezpieczonego – z chwilą opuszczenia przez niego domu w celu udania się w podróż, jednak nie wcześniej, niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia.
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; odpowiedzialność Avivy rozpocznie się na nowo następnego dnia po zapłaceniu wymienionej raty składki w pełnej wysokości;
  - 4) w stosunku do danego ubezpieczonego:
    - a) z chwilą jego śmierci,
    - b) z chwilą wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w umowie ubezpieczenia dla tego

ubezpieczonego sum ubezpieczenia z tytułu zajścia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2,

- c) ustania stosunku łączącego ubezpieczonego z ubezpieczającym, który stał się podstawą do objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 5) powrotu do domu uczestników wycieczek, obozów, wczasów, pobytu w sanatorium lub innych form wypoczynku, wymienionych w umowie ubezpieczenia, jednak nie później niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie ubezpieczenia.

## **PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY**

### **§ 11**

1. Ubezpieczający obowiązany 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 czasie trwania umowy ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do Avivy wszelkie zmiany danych podanych we wniosku o ubezpieczenie.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej, ubezpieczający jest obowiązany 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 określa umowa ubezpieczenia.
4. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązani są do niezwłocznego informowania Avivy o zmianie zawodu wykonywanego przez ubezpieczonych.
5. 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.
6. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego któregośkolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 2 – 4 lub 5 pkt 1, jeśli miało to wpływ na ustalenie 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. 5 pkt 2 Aviva może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Avivie ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

7. 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 dowodowe muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt ubezpieczonego lub osoby dochodzącej zapłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
4. Wysokość świadczeń Avivy 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 będących następstwem nieszczęśliwych wypadków ustala się w oparciu o właściwe postanowienia zawarte 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 przekaze 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 ŚWIADCZENIA** **§ 14**

1. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania danego świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Avivą.
3. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane jest 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.
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych świadczenie przypada 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.
5. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego nie przysługuje uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego.
6. Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, złamania kości, oparzenia ciała, pobytu w szpitalu, niezdolności do pracy, naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz z tytułu leczenia wypłacane są ubezpieczonemu.
7. Jeżeli ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przed otrzymaniem świadczenia z tego tytułu, wówczas uposażonemu wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego.

#### **OGRANICZENIA 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 XII;
- 2) w związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy oraz wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego;
- 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) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień;
- 6) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek;
- 10) 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;
- 11) jako wynik wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego;
- 12) jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, jazdy konnej, skoków na linie (bungee jumping).

#### **OŚWIADCZENIA WOLI** **§ 16**

1. Z zastrzeżeniem § 10 ust. 4 pkt 3 i § 18 ust. 2, wszelkie 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 pod rygorem nieważności.
2. Pisma Avivy skierowane pod ostatnim znanym Avivie adresem ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia uważa się za doręczone po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty ich wysłania.

#### **PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY** **§ 17**

1. O ile nie umówiono się inaczej, prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.



**SKARGI I ZAŻALENIA**  
**§ 18**

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Avivy lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Avivy.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Avivy, przesyłane w formie pisemnej lub przekazywane Avivie w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Aviva rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

**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 Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących aktów prawnych.
3. Niniejsze OWU stanowią tekst jednolity uwzględniający zmiany wprowadzone aneksem Nr 1/07 przyjętym uchwałą Zarządu z dnia 6 sierpnia 2007 roku. Wprowadzenie powyższych zmian związane było z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2007 roku (Dz.U. Nr 82 z dnia 11 maja 2007 roku, poz. 557) wprowadzającej zmiany do przepisów Kodeksu Cywilnego regulujących umowę ubezpieczenia. Niniejsze OWU wraz z wymienionym aneksem mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych począwszy od 10 sierpnia 2007 roku.

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA.

**ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW  
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW GRONÓ**

**KLAUZULA I**  
**ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

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

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

1. W razie wystąpienia w ciągu dwunastu miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stano-

wiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanego w Tabeli świadczeń nr 1.

**Tabela świadczeń nr 1**

I	Głowa	Wskaźnik procentowy trwałego uszczerbku na zdrowiu
1	amputacja nosa	30%
2	amputacja małżowiny usznej	20%
<b>II Układ nerwowy</b>		
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%
<b>III Narząd wzroku</b>		
8	całkowita ślepota obu oczu	100%
9	całkowita ślepota jednego oka lub wyluszczenie gałki ocznej	38%
<b>IV Narząd słuchu</b>		
10	głuchota całkowita	50%
11	głuchota całkowita jednego ucha	20%
<b>V Klatka piersiowa, jama brzuszna</b>		
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%
<b>VI Kręgosłup</b>		
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%
<b>VII Kończyna dolna</b>		
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	Prawa	Lewa
34 amputacja kończyny w obrębie barku	75%	70%
35 amputacja kończyny w obrębie ramienia	70%	65%
36 amputacja kończyny w stawie łokciowym	65%	60%
37 amputacja kończyny w obrębie przedramienia	60%	55%
38 amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	55%	50%
39 amputacja kciuka	40%	30%
40 amputacja palca wskazującego	18%	16%
41 amputacja palców III-V, za każdy palec	8%	6%
42 amputacja lub uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie może przekraczać	55%	50%

- Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Avivę na podstawie Tabeli świadczeń nr 1.
- 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 umowie ubezpieczenia.
- 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.
- Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w Tabeli świadczeń nr 1, przyjmując dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla lewej ręki, a dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla prawej ręki.

#### KLAUZULA III

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

- W razie wystąpienia w ciągu dwunastu miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia oraz wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
- 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.
- 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.
- 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 umowie ubezpieczenia.
- 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.

- 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, należnego po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Avivę.

#### KLAUZULA IV

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

- W razie wystąpienia w ciągu dwunastu miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazanej w umowie ubezpieczenia, wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego oraz wskaźnika progresji. Wysokość wskaźnika progresji zależy od wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
  - 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu nie większych niż 25%;
  - 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 25% do 45%;
  - 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 45% do 65%;
  - 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 65% do 85%;
  - 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu powyżej 85% do 100%.
- 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.
- 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.
- 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 umowie ubezpieczenia.
- 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.
- 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 należąca po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Avivę.

## KLAUZULA V ZŁAMANIE

- 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 umowie ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego ustalonego dla danego rodzaju złamania wskazanego w Tabeli świadczeń nr 2.

Tabela świadczeń nr 2

I	Głowa	Wskaźnik procentowy złamania	
1	złamania podstawy i /lub sklepiści czaszki (bez twarzoczaszki)	15%	
2	złamanie kości twarzoczaszki, za każdą kość	5%	
<b>II Klatka piersiowa</b>			
3	złamanie mostka	5%	
4	złamanie co najmniej trzech żeber	3%	
<b>III Kręgosłup</b>			
5	złamanie kompresyjne trzonu lub złamanie wyrostków – poprzecznych, kolczystych, łuków	20%	
6	złamanie kręgów ogonowych	15%	
<b>IV Miednica</b>			
7	złamanie z przerwaniem obręczy miednicy	50%	
8	złamanie bez przerwania obręczy miednicy	20%	
<b>V Kończyna dolna</b>			
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%	
<b>VI Kończyna górna</b>		<b>prawa</b>	<b>lewa</b>
18	złamanie łopatki	20%	15%
19	złamanie obojczyka	20%	15%
20	złamanie łopatki i obojczyka	35%	30%
21	złamanie kości ramiennej	30%	25%
22	złamanie kości w obrębie stawu łokciowego	30%	25%
23	złamanie jednej z kości przedramienia	20%	15%
24	złamanie obu kości przedramienia	30%	25%
25	złamanie kości nadgarstka	20%	15%
26	złamanie kości w obrębie śródreżca	8%	5%
27	złamanie kciuka	15%	10%
28	złamanie II palca	10%	7%
29	złamanie palca III -V, za każdy palec	5%	3%

- 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 umowie ubezpieczenia.
- 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.
- W razie powikłań złamań kości (zapalenie, zrost opóźniony, staw rzekomy) wysokość świadczenia wzrasta o 10%.

- Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych stopień trwałego uszczerbku ustala się według zasad przewidzianych w Tabeli świadczeń nr 2, przyjmując dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla lewej ręki, a dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla prawej ręki.

## KLAUZULA VI OPARZENIE

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony uległ oparzeniu co najmniej II stopnia, Aviva zobowiązana będzie do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu oparzenia wskazanej w umowie ubezpieczenia 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 VII POBYT W SZPITALU

- Jeżeli ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu dłużej niż 3 dni, Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu. Wysokość dziennego świadczenia ustalana jest jako iloraz sumy ubezpieczenia i 364 dni (52 tygodnie). Wysokość przysługującego świadczenia stanowi iloczyn dziennego świadczenia i liczby dni, które ubezpieczony spędził w szpitalu. Jeżeli kolejne pobytu ubezpieczonego w szpitalu oddziela okres co najmniej 12 miesięcy, uważa się, że pobyt w szpitalu, który nastąpił po upływie 12 miesięcy od poprzedniego pobytu w szpitalu, nie był spowodowany tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
- Dzienne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przez okres dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku, nie dłużej jednak niż za okres 52 tygodni (364 dni).
- 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 VIII TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

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 umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że trwała niezdolność do pracy powstała w ciągu 6 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego

wypadku, trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny.

#### **KLAUZULA IX 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 umowie ubezpieczenia i 90 dni. Świadczenie przysługuje wyłącznie, gdy Aviva zobowiązane 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 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 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 zasiłku dziennego, jeżeli ubezpieczony podczas zwolnienia lekarskiego prowadzi działalność zarobkową.

#### **KLAUZULA X NAPRAWA LUB ZAKUP PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

1. Aviva zobowiązuje się do zwrotu kosztów zakupu lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, poniesionych wskutek zdarzenia będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu naprawy lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wskazanej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
  - 1) zakup środków pomocniczych został zalecony przez lekarza,
  - 2) wydatek został poniesiony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwadzieścia cztery miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
  - 3) koszty nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innej umowy ubezpieczenia.

#### **KLAUZULA XI KOSZTY LECZENIA**

1. Aviva zobowiązuje się do zwrotu kosztów leczenia, które zostały poniesione wskutek zdarzenia będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów leczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia. Koszty leczenia mogą powstać z tytułu:
  - 1) udzielenia doraźnej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej,
  - 2) pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych),
  - 3) nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
  - 4) przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.
2. Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, pod warunkiem, że koszty:
  - 1) poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż dwadzieścia cztery miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
  - 2) nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego, zdrowotnego lub innej umowy ubezpieczenia.

#### **KLAUZULA XII ZAWAŁ SERCA I 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 – XI.
4. Jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły u ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczonemu nie przysługują żadne świadczenia na podstawie niniejszej Klauzuli.







Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA

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