Ogólne warunki umowy dodatkowej
do ubezpieczeń:
Perspektywa, Plus i Uniwersalnego

Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Na Wypadek

AVIVA

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NA WYPADEK" WY/J/4/2007

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych lub zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie:

1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA,

2) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS,

3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego.

§ 1.
DEFINICJE

1. 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) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia na życie, o której mowa na wstępie niniejszych ogólnych warunków;

   2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków;

   3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;

   4) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć ta nastąpiła nie później niż w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku;

   5) **trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone dolegliwości, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku i powstałe w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku;

6) **pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – trwający nieprzerwanie, dłuższy niż 3 (trzy) dni, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku pobyt ubezpieczonego w szpitalu, którego celem jest poddanie się leczeniu uzasadnionemu stanem zdrowia, i który rozpoczął się w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków:
   a) dzień pobytu w szpitalu oznacza każdy 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,
   b) szpital oznacza 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 jednak domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych, uzdrowiskowych ani wypoczynkowych;

7) **niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku całkowita niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, która rozpoczęła się w ciągu 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie przez 12 (dwanaście) miesięcy i mająca po zakończeniu tego okresu charakter trwały i nieodwracalny;
   w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków działalność zarobkowa oznacza działalność ubezpieczonego skierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiejkolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;

8) **koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty prowadzonego pod kontrolą lekarza procesu leczniczego mającego na celu uzyskanie przez ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów, realizowanego metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii oraz koszty zaopatrzenia ortopedycznego (z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych). Koszty rehabilitacji obejmują koszty poniesione przez ubezpieczonego w ciągu 12 (dwunastu) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Do kosztów rehabilitacji nie należą koszty jakichkolwiek badań wykonanych w czasie leczenia;

9) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju

związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym; z zastrzeżeniem treści definicji w pkt 10;

10) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
    a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy

    lub

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

    lub

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

11) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie dodatkowej: śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym stosowane są w niniejszych ogólnych warunkach zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki, na których podstawie została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.
ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rzecz każdej osoby określonej w głównej umowie ubezpieczenia jako ubezpieczony lub współubezpieczony.

2. W tym samym czasie dana osoba może być objęta ochroną wyłącznie na podstawie jednej umowy dodatkowej zawartej na jej rzecz. W razie zawarcia kilku umów dodatkowych na rzecz jednej osoby, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w okresie równocześnie udzielanej z tytułu tych umów ochrony ubezpieczeniowej danemu

ubezpieczonemu, ograniczona jest do zobowiązania do zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie jednej umowy dodatkowej wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia. Składka ubezpieczeniowa zapłacona z tytułu pozostałych umów dodatkowych podlega zwrotowi.

3. Umowa dodatkowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta może być złożona łącznie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia lub w terminie późniejszym.

4. Oferta zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa i podlega rozpatrzeniu przez Towarzystwo po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.

5. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

6. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną później niż oferta zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, umowę dodatkową uważa się za zawartą z dniem doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo składa oświadczenie o przyjęciu oferty.

§ 3.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w niniejszych ogólnych warunkach oraz zawartej na ich podstawie umowie dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki, i trwa do dnia rozwiązania umowy dodatkowej.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku, z możliwością jej zawarcia na kolejne okresy roczne.

3. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 6:

   1) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie umowy dodatkowej rozpoczyna się w terminie nie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą ubezpieczenia, umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia drugiej rocznicy ubezpieczenia następującej po dniu zawarcia umowy dodatkowej,

   2) jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na podstawie umowy dodatkowej rozpoczyna się w terminie dłuższym niż 6 (sześć) miesięcy przed najbliższą rocznicą ubezpieczenia, umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia następującej po dniu zawarcia umowy dodatkowej.

§ 4.
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków w życiu ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia może objąć:

   1) Wariant I:
      a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;

   2) Wariant II:
      a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      c) niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;

   3) Wariant III:
      a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      c) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;

   4) Wariant IV:
      a) śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      c) niezdolność do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      d) pobyt ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
      e) koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3. W zakresie świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku umowa dodatkowa może zostać zawarta:

   1) w proporcjonalnym systemie wypłaty świadczeń,

   2) w progresywnym systemie wypłaty świadczeń.

4. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku może wynosić 50 proc. (pięćdziesiąt procent) lub 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

5. Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa umowa dodatkowa.

§ 5.
OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty:

1) w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie dodatkowej sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;

2) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego równego iloczynowi wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz:
   a) w proporcjonalnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" obowiązującej w chwili zawarcia umowy dodatkowej,
   b) w progresywnym systemie wypłaty świadczeń – wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego orzeczonego na podstawie „Tabeli procentowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" obowiązującej w chwili zawarcia umowy dodatkowej oraz wskaźnika progresji, który zależy od orzeczonego uszczerbku na zdrowiu i wynosi odpowiednio:
      - 1,0 – dla uszczerbków na zdrowiu niższych niż 26 proc.,
      - 1,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 26 proc., ale niższych niż 46 proc.,
      - 2,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 46 proc., ale niższych niż 66 proc.,
      - 2,5 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 66 proc., ale niższych niż 86 proc.,
      - 3,0 – dla uszczerbków na zdrowiu równych lub wyższych niż 86 proc., ale nie wyższych niż 100 proc.;

3) w razie niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości równej wskazanej w umowie dodatkowej sumie ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;

4) w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego za każdy dzień pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 120 (sto dwadzieścia) dni, równego iloczynowi dni pobytu w szpitalu oraz świadczenia dziennego w wysokości:
   a) 0,2 proc. wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 1. do 30. dnia,

b) 0,15 proc. wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 31. do 60. dnia,
c) 0,1 proc. wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – za każdy dzień pobytu w szpitalu od 61. do 120. dnia;

5) w razie poniesienia kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości stanowiącej równowartość poniesionych przez ubezpieczonego kosztów rehabilitacji, udokumentowanych oryginałami rachunków.

§ 6.
OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Z odpowiedzialności Avivy wyłączone są nieszczęśliwe wypadki i następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe:

1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,

2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,

3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich,

4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,

5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub 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,

6) jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, lotniczych, motorowodnych, motorowych, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping),

7) jako wynik wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów przez ubezpieczonego.

§ 7.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest zgodnie z taryfą składek obowiązującą w chwili złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia umowy dodatkowej, z uwzględnieniem wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku

na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zakresu ubezpieczenia (wariantu ubezpieczenia), zawodu wykonywanego przez ubezpieczonego, wybranej wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz systemu wypłaty świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3, składka ubezpieczeniowa należna z tytułu umowy dodatkowej płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w terminach płatności składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.

3. Pierwsza składka należna z tytułu umowy dodatkowej płatna jest wraz ze złożeniem oferty jej zawarcia.

4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej nie podlega ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo w ramach dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki, a sumy ubezpieczenia określone w umowie dodatkowej nie podlegają ochronie ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo w ramach dodatkowej umowy Gwarantowanego Podwyższenia Sumy Ubezpieczenia.

5. Skutki nieopłacenia składek z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyznaczonym terminie lub opłacenia ich po upływie tego terminu reguluje aneks do głównej umowy ubezpieczenia.

§ 8.
OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO ORAZ ZMIANA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczający i ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie informować Towarzystwo o rozpoczęciu, podjęciu dodatkowej lub zmianie działalności zarobkowej ubezpieczonego oraz o rozpoczęciu przez niego wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów.

2. Z dniem rozpoczęcia przez ubezpieczonego wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów wygasa ochrona ubezpieczeniowa, a dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio następującym po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało stosowne oświadczenie, o czym ubezpieczający jest informowany w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo tego oświadczenia.

3. Jeżeli rozpoczęcie, podjęcie dodatkowej lub zmiana działalności zarobkowej ubezpieczonego mają wpływ na zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, wówczas Towarzystwo uwzględni ten fakt w swojej ofercie zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9.
SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI LUB NIEPOINFORMOWANIA TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o których nie zostało poinformowane zgodnie z takim obowiązkiem określonym w dodatkowej umowie ubezpieczenia albo które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo może podnieść te zarzuty również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 10.
USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wskazanym w umowie ubezpieczenia zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa.

2. Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W szczególności w celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego, dochodzącego zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo może zażądać od ubezpieczonego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które wykonane zostaną na koszt Towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego.

3. Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują lekarze wskazani przez Towarzystwo.

4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj uszczerbku, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj uszczerbku, która jednak nie może być większa niż maksymalna wysokość świadczenia, jakie może zostać wypłacone z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, odpowiadająca 100 proc. (stu procentom) uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego i obliczona zgodnie z § 5 pkt 2.

5. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed tym wypadkiem. Jeżeli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu

lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo dokonało wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem trwałego uszczerbku, za który wypłacono świadczenie. Jeżeli określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed nieszczęśliwym wypadkiem, nie jest możliwe, przyjmuje się, że wcześniejszy uszczerbek na zdrowiu nie istniał.

6. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powinien być ustalany po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 (trzech) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od tego dnia. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

7. Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wskazanego przez Towarzystwo okres leczenia będzie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, ubezpieczony po upływie 6 (sześciu) miesięcy leczenia może złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty połowy minimalnego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa należne będzie po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywana wysokość minimalnego świadczenia należna po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego określana jest na podstawie przedstawionych przez ubezpieczonego dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Towarzystwo. W razie wypłaty świadczenia zgodnie z zasadami określonymi w zdaniach poprzedzających stosuje się postanowienia ust. 10.

8. W razie kolejnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku obliczana jest na podstawie sumy dni jego pobytu w szpitalu.

9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek wszystkich nieszczęśliwych wypadków, które miały miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie danej umowy dodatkowej, jest wypłacane do wysokości 10 proc. (dziesięciu procent) wskazanej w tej umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

10. Jeżeli wypłacono świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, pobytu ubezpieczonego w szpitalu lub kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a następnie ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

wypłaca się wówczas, gdy jest ono wyższe od sumy świadczeń już wypłaconych z wyżej wymienionych tytułów, przy czym podlegające wypłacie świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego jest równe kwocie stanowiącej różnicę pomiędzy wskazaną w umowie dodatkowej sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku a sumą uprzednio wypłaconych świadczeń.

11. Jeżeli po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, ale przed otrzymaniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony zmarł z przyczyn związanych z tym wypadkiem – wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

12. Jeżeli na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz kosztów rehabilitacji ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do maksymalnej wysokości świadczenia, jakie może zostać wypłacone z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

13. Wszystkie świadczenia wypłacane są ubezpieczonemu, z wyjątkiem świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które wypłacane jest osobie lub osobom, które w ramach umowy głównej uprawnione są do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

14. Wszystkie świadczenia wypłacane są w złotych polskich. Jeżeli ubezpieczony poniósł koszty rehabilitacji w walucie obcej, kwoty wskazane w przedstawionych przez niego rachunkach są przeliczane na złote polskie według średniego kursu walut obcych tabeli Narodowego Banku Polskiego z dnia poniesienia przez ubezpieczonego tych kosztów.

§ 11.
ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:

   1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy dodatkowej w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia,

   2) dokonanego przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy dodatkowej, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania,

   3) zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych skutkujących wypłatą świadczeń w łącznej wysokości równej sumie maksymalnej wysokości świadczenia, jakie może zostać wypłacone z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz wskazanej w umowie dodatkowej sumy ubezpieczenia niezdolności do pracy ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

4) ukończenia przez ubezpieczonego 65. (sześćdziesiątego piątego) roku życia,

5) zawieszenia płatności składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej, która nie została zawarta w trybie określonym w § 12 ust. 1 i ust. 2,

6) przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

7) rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia,

8) uznania przez Towarzystwo roszczenia ubezpieczonego z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki,

9) upływu okresu, na jaki została zawarta.

2. Umowa dodatkowa rozwiązuje się:

1) z następnym dniem po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,

2) z najbliższym dniem oznaczonym taką samą datą dzienną, jak dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przypadającym po dniu wypowiedzenia umowy – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, a jeżeli pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym – z ostatnim dniem takiego miesiąca kalendarzowego,

3) z dniem nastąpienia zdarzeń skutkujących rozwiązaniem umowy dodatkowej – w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7,

4) z dniem wymagalności pierwszej składki regularnej, której zapłacenie nie jest konieczne z powodu uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu dodatkowej umowy Ubezpieczenia Składki – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 8,

5) z końcem ostatniego dnia okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta – w przypadku, o którym mowa w pkt 9.

§ 12.
KONTYNUACJA UMOWY DODATKOWEJ

1. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie kolejnej umowy dodatkowej i określić warunki udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach nowej umowy dodatkowej.

2. Jeżeli ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu wobec oferty Towarzystwa najpóźniej w terminie 30 (trzydziestu) dni przed upływem okresu, na jaki umowa dodatkowa została zawarta, uważa się, że kolejna umowa dodatkowa została zawarta zgodnie

z treścią oferty Towarzystwa, z dniem następującym po dniu, w którym upłynął termin wniesienia sprzeciwu. Oferta Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, stanowi jednocześnie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie kolejnej umowy dodatkowej.

3. Sumy ubezpieczenia oraz składka z tytułu umowy dodatkowej podlegają indeksacji, jednak w przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 3 pkt 1, indeksacja możliwa jest nie wcześniej niż 7 (siedem) miesięcy po dacie zawarcia umowy dodatkowej. Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu sumy ubezpieczenia i składkę podwyższone o wskaźnik indeksacji nie wyższy niż wskaźnik zaproponowany dla umowy głównej. Obniżenie przez ubezpieczającego wskaźnika indeksacji lub rezygnacja z indeksacji w głównej umowie ubezpieczenia powoduje odpowiednio takie same obniżenie wskaźnika indeksacji lub rezygnację z indeksacji w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

4. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w § 7 ust. 1, z zastosowaniem taryfy składek obowiązującej w chwili sporządzania oferty, o której mowa w ustępach poprzedzających, z uwzględnieniem zasad jej indeksacji, o których mowa w ust. 3.

§ 13.
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach stosuje się postanowienia ogólnych warunków wymienionych na wstępie, na których podstawie została zawarta lub jest zawierana główna umowa ubezpieczenia.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Commercial Union Polska – Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 13 września 2007 r. i weszły w życie 16 października 2007 r.

1 czerwca 2009 r. Commercial Union Polska – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. zmieniło nazwę na Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Spis treści

§ 1. Definicje 1
§ 2. Zawarcie umowy dodatkowej 3
§ 3. Okres ubezpieczenia 4
§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 5
§ 5. Ochrona ubezpieczeniowa 6
§ 6. Ograniczenia odpowiedzialności 7
§ 7. Składka ubezpieczeniowa 7
§ 8. Obowiązki ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz zmiana ryzyka ubezpieczeniowego 8
§ 9. Skutki podania nieprawdziwych informacji lub niepoinformowania Towarzystwa 9
§ 10. Ustalenie wysokości i wypłata świadczeń 9
§ 11. Rozwiązanie umowy dodatkowej 11
§ 12. Kontynuacja umowy dodatkowej 12
§ 13. Postanowienia końcowe 13

Ty i Twoja rodzina | Twoje zdrowie | Twoja emerytura

Twoje inwestycje | Twój majątek | Twoja firma

120042/GR/0511/5000

AVIVA

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl