

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ NR 1/09

POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Moje Bezpieczeństwo Prestiż” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, zwane dalej „Aviva”, z osobami fizycznymi, prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, lecz posiadającymi zdolność prawną oraz z przedsiębiorcami.

DEFINICJE § 2

Ileokroć 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:

- koszty rehabilitacji** – 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, o ile koszty te zostały poniesione przez ubezpieczonego w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku; za koszty rehabilitacji nie rozumie się kosztów badań wykonywanych w czasie leczenia,
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Avivy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, lub zmarł, przy czym za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się chorób, nawet takich, które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie,
- 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,
- osoba bliska** – małżonek ubezpieczonego lub osoba pozostająca faktycznie we wspólnym pożyciu z ubezpieczonym, jego dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione albo przyjęte na wychowanie, rodzice, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, dziadkowie, wnukowie, zięciowie i synowe,
- 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,
- 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,
- przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną lecz posiadająca zdolność prawną, która we własnym imieniu prowadzi działalność gospodarczą lub zawodową,
- 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 przewlekłe chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak też oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych,
- 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 do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
- trwała niezdolność do pracy** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, przy czym działalność zarobkowa w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków oznacza działalność nakierowaną na osiągnięcie przychodu, wykonywaną w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu,
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwale uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i powstałe w ciągu dwunastu miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,
- ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, a także przedsiębiorca, zawierający z Avivą umowę ubezpieczenia,
- ubezpieczony** – każda ze wskazanych w umowie ubezpieczenia osób fizycznych, na rzecz której jest zawierana umowa ubezpieczenia, w tym również ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na własną rzecz,
- uposażony** – osoba wskazana samodzielnie przez ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania, na zasadach opisanych w niniejszych ogólnych warunkach, świadczenia przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego,
- wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach przygotowujących do zawodów,
- zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - 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
 - 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
 - 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,
- 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, trwały częściowy uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego, trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego, pobyt ubezpieczonego w szpitalu, rehabilitacja ubezpieczonego, leczenie ubezpieczonego, operacja plastyczna ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA § 3

- Przedmiotem ubezpieczenia są trwale następstwa nieszczęśliwych wypadków.
- Odpowiedzialnością Avivy objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - śmierć ubezpieczonego (klauzula I),
 - trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:

- a) z systemem świadczeń proporcjonalnych (klauzula II),
 - b) z systemem świadczeń progresywnych (klauzula III).
3. Odpowiedzialnością Avivy, pod warunkiem, że ubezpieczeniem objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a albo b, mogą zostać objęte również następujące zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - 1) trwałe częściowe uszczerbek na zdrowiu, obejmujący uszkodzenia ciała wskazane w Tabeli świadczeń nr 1 zamieszczonej w załączniku do niniejszych warunków ogólnych (klauzula IV),
 - 2) trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego (klauzula V),
 - 3) pobyt ubezpieczonego w szpitalu (klauzula VI),
 - 4) koszty rehabilitacji ubezpieczonego (klauzula VII),
 - 5) koszty leczenia ubezpieczonego (klauzula VIII),
 - 6) koszty operacji plastycznych (klauzula IX)
 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia określa umowa ubezpieczenia.
 5. Szczegółowe zasady wypłaty świadczeń przez Avivę w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ustępach poprzedzających, określone są w Klauzulach stanowiących załącznik do niniejszych ogólnych warunków.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowę zawiera się na podstawie pisemnego wniosku ubezpieczającego.
2. Aviva może zażądać uzupełnienia wniosku o ankietę medyczną.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, umowa może zostać zawarta na rzecz osoby, która w momencie jej zawierania ukończyła 1 rok i nie ukończyła 70 lat.
4. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na rzecz dwóch osób pod warunkiem, że osoby te w chwili zawierania umowy ubezpieczenia pozostają w związku małżeńskim lub w faktycznym wspólnym pożyciu.
5. Aviva zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy po przeanalizowaniu wniosku ubezpieczającego.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisy).
7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy (okres ubezpieczenia). Okres ubezpieczenia wskazywany jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

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 uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej 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 lub jej raty. Umowa ubezpieczenia wygasa wraz z wygaśnięciem odpowiedzialności Avivy na skutek nieopłacenia kolejnej raty składki, tj. w przypadku opisanym w § 8 ust. 2 pkt 3.
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 lub jej wypowiedzenia, Aviva dokona zwrotu składki proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2 i 3 wskazane są w umowie ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, odpowiedzialność Avivy z tytułu zajścia każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 3 ust. 2 i 3 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 wyższa niż określona dla tego rodzaju zdarzenia suma ubezpieczenia.

§ 7

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, rodzaju działalności zarobkowej (zawodu) wykonywanej przez ubezpieczonego, systemu świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, liczby ubezpieczonych oraz dyscypliny sportu uprawianej wyczynowo przez ubezpieczonego.
2. O ile strony nie stanowią inaczej, na wniosek ubezpieczającego składka może zostać opłacona w dwóch ratach. W takim przypadku pierwsza rata składki płatna jest za pierwszą połowę okresu ubezpieczenia, druga – za drugą połowę. Wysokość rat składki wskazywana jest w umowie ubezpieczenia. Składka ulega podwyższeniu, jeżeli ubezpieczający dokonuje płatności składki w ratach.
3. Składka lub jej rata powinna być opłacona 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.
4. Ubezpieczający obowiązany jest zapłacić składkę lub jej pierwszą ratę najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Odpowiedzialność Avivy rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu wskazanym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia i nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. 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 tej raty składki, które zostanie przekazane ubezpieczającemu w dowolnej formie po upływie terminu zapłaty tej raty,
 - 4) wypłaty świadczeń w łącznej wysokości równej sumie wskazanych w umowie ubezpieczenia sum ubezpieczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w § 3 ust. 2 pkt. 2 i ust. 3,
 - 5) w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 9

1. Ubezpieczający, a w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej również ubezpieczony, 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 lub ubezpieczony udzielił odpowiedzi niezgodnych z prawdą Aviva nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej 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 czasie trwania umowy ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązani są do niezwłocznego poinformowania Avivy o:
 - 1) rozpoczęciu wykonywania przez ubezpieczonego działalności zarobkowej (zawodu), jej zmianie lub rozpoczęciu wykonywania dodatkowej działalności zarobkowej (zawodu),
 - 2) rozpoczęciu wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
4. 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.
5. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 2, 3 lub 4 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. 4 pkt 2 Aviva może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Avivie ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

6. 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 **§ 10**

1. Rodzaj i wysokość świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wskazanym w § 3 ust. 2 i 3 niniejszych ogólnych warunków zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Avivy.
2. Przedłożone Avivie orzeczenia, zaświadczenia, wyniki badań, faktury/ rachunki dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłączającego i mogą podlegać weryfikacji. 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. Zasadność i wysokość świadczeń z tytułu poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych ustala się na podstawie właściwych postanowień zawartych w Klauzulach stanowiących załącznik do niniejszych ogólnych warunków.
4. Rodzaj działalności zarobkowej (zawodu) wykonywanej przez ubezpieczonego nie ma wpływu na ustalenie wysokości świadczeń.

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ **§ 11**

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 przekazuje 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 § 16.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA **§ 12**

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, niezdolności do pracy, kosztów rehabilitacji, kosztów leczenia, kosztów pobytu w szpitalu i kosztów operacji plastycznych 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 **§ 13**

1. Z odpowiedzialności Avivy wyłączone są nieszczęśliwe wypadki oraz ich następstwa powstałe:
 - 1) w związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zalecanych przez lekarza, w związku z pozostawianiem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy oraz wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego,
 - 2) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 4) podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień,
 - 5) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich,
 - 6) 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,
 - 7) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem:
 - 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,
 - 8) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek,
 - 9) 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,
 - 10) jako wynik wyczynowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego, chyba że została opłacona dodatkowa składka z tytułu wyczynowego uprawiania sportu,
 - 11) jako wynik 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, skoków na linie (bungee jumping).
2. W tym samym czasie dana osoba może być objęta ochroną wyłącznie na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na jej rzecz na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia. W razie zawarcia kilku umów ubezpieczenia na rzecz jednej osoby, odpowiedzialność Avivy z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w okresie równocześnie udzielanej z tytułu tych umów ochrony ubezpieczeniowej danemu ubezpieczonemu, ograniczona jest do zobowiązania zapłaty świadczeń ubezpieczeniowych wyłącznie na podstawie jednej umowy wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia. Składka ubezpieczeniowa zapłacona z tytułu pozostałych umów podlega zwrotowi.

OŚWIADCZENIA WOLI **§ 14**

1. Z zastrzeżeniem § 8 ust.2 pkt 3 i § 16 ust. 2, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w niniejszych ogólnych

nych warunkach i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.

2. Pisma Avivy skierowane pod ostatnim znanym adresem ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia w razie wątpliwości uważa się za doręczone po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty ich wysłania. Pisma ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia skierowane pod ostatnim znanym adresem Avivy w razie wątpliwości uważa się za doręczone po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty ich wysłania.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY **§ 15**

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, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

SKARGI I ZAŻALENIA **§ 16**

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 bądź elektronicznej 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 (trzydziestu) 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 (czternastu) 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, niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
5. Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń do Zarządu Avivy, ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE **§ 17**

1. W porozumieniu z ubezpieczającym, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od określonych w niniejszych ogólnych warunkach. Postanowienia powyższe powinny być sporządzone na piśmie pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących aktów prawnych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Moje Bezpieczeństwo Prestiż” zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych SA z dnia 21 grudnia 2009 roku. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 stycznia 2010 roku.

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ”

KLAUZULA I ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia tego wypadku, Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w umowie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

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

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 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.
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 umowie ubezpieczenia.
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, należnego po całkowitym zakończeniu leczenia ubezpieczonego, określana jest na podstawie przedstawionych dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Avivę.

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

1. W razie wystąpienia w ciągu 12 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) 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 umowie ubezpieczenia.
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 IV TRWAŁY CZĘŚCIOWY USZCZERBEK NA ZDROWIU

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

Tabela świadczeń nr 1

	Rodzaje uszczerbków	Wskaźniki procentowe uszczerbków
I	Głowa	
1	amputacja nosa	30%
2	amputacja małżowiny usznej	20%
II	Układ nerwowy	
1	niedowład połowiczny utrwalony z afazją	70%
2	niedowład połowiczny utrwalony bez afazji	60%
3	niedowład jednej kończyny	40%
4	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 napadami ocznymi	70%
5	całkowita ślepota jednego oka lub wyluszczenie gałki ocznej	38%
III	Klatka piersiowa, jama brzuszna	
1	utrata jednej nerki	35%
2	utrata całkowita pęcherza	40%
3	utrata pochwy i macicy	30%
4	uszkodzenie pęcherza	20%
5	utrata segmentu wątroby	20%
6	utrata płata wątroby	50%
IV	Kręgosłup	
1	porażenie kończyn dolnych – utrwalone	80%
2	utrwalony niedowład dwóch kończyn	60%
V	Kończyna dolna	
1	amputacja w obrębie biodra	85%
2	amputacja w obrębie uda	70%
3	amputacja w obrębie stawu kolanowego	65%

4	amputacja w obrębie podudzia	60%
5	amputacja całej stopy	50%
6	skrócenie kończyny powyżej 5 cm	30%
VI	Kończyna górna	
1	amputacja kończyny w obrębie barku	75% / 70%
2	amputacja kończyny w obrębie ramienia	70% / 65%
3	amputacja kończyny w stawie łokciowym	65% / 60%
4	amputacja kończyny w obrębie przedramienia	60% / 55%
5	amputacja kończyny w obrębie nadgarstka	55% / 50%

2. Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Avivę na podstawie Tabeli nr 1. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpi więcej niż jeden rodzaj uszczerbku opisanego w Tabeli nr 1, świadczenie ubezpieczeniowe obejmuje sumę kwot należnych za każdy rodzaj uszczerbku, która jednak nie może być większa niż wskazana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia z tytułu trwałego częściowego uszczerbku na zdrowiu.
3. W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, którego czynności przed wypadkiem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed wypadkiem.
4. Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się przyjmując dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla lewej ręki, a dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla prawej ręki.
5. 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.

KLAUZULA V TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

W razie powstania wskutek nieszczęśliwego wypadku trwałej niezdolności do pracy ubezpieczonego Aviva zobowiązana jest do zapłaty wskazanej w umowie sumy ubezpieczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązuje Avivę taka niezdolność do pracy ubezpieczonego, która powstała w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, trwa nieprzerwanie przez okres dwunastu miesięcy od jej powstania, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny. Oceny stopnia niezdolności do pracy dokonują lekarze wskazani przez Avivę.

KLAUZULA VI POBYT W SZPITALU

1. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony 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 iloczyn 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.
2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje ubezpieczonemu od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, o ile pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest za okres nie dłuższy niż 364 dni (52 tygodnie).
3. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego, ale na pisemny wniosek ubezpieczonego, Aviva może podjąć decyzję o wypłacie części świadczenia w terminie wcześniejszym.

KLAUZULA VII KOSZTY REHABILITACJI

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu następujących kosztów rehabilitacji, poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - 1) zabiegów rehabilitacyjnych realizowanych metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii,
 - 2) zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, z wyłączeniem kosztów protez ortopedycznych.

2. Aviva zobowiązana jest do zapłaty świadczenia w kwocie stanowiącej równowartość poniesionych kosztów rehabilitacji, na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, do wysokości 20% wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, 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 VIII KOSZTY LECZENIA

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu następujących kosztów leczenia, które zostały poniesione na leczenie skutków nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego:
 - 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 leków i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia.
2. Koszty o których mowa w ust. 1. zostaną zwrócone pod warunkiem poniesienia ich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku. Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie dokumentacji lekarskiej i oryginałów faktur/rachunków, do wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów leczenia.

KLAUZULA IX KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNYCH

1. Aviva zobowiązana jest do zwrotu kosztów operacji plastycznej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała ubezpieczonego będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Zwrot kosztów operacji plastycznej następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków, do wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu kosztów operacji plastycznych, pod warunkiem, że koszty poniesione zostały na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

ANEKS NR 1/12 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ NR 1/09

- I. Wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Moje Bezpieczeństwo Prestiż nr 1/09:

- 1) Dotychczasowy ust. 6 § 4 „Umowa ubezpieczenia” przyjmuje brzmienie:
„Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w formie pisemnej pomiędzy ubezpieczającym i Avivą z chwilą złożenia zgodnych oświadczeń woli. Aviva potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.”

- 2) Dotychczasowy pkt. 1) ust. 1 § 13 „Ograniczenia odpowiedzialności” przyjmuje brzmienie:

„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; jeżeli zażycie przez ubezpieczonego leków nie zaleconych 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,”

- 3) Dotychczasowy pkt. 12) ust. 1 § 13 „Ograniczenia odpowiedzialności” przyjmuje brzmienie:

„jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie splywy 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.”

- 4) Skreśla się dotychczasowy ust. 2 § 13 „Ograniczenia odpowiedzialności”.

- 5) Dotychczasowy ust. 2) § 14 „Oświadczenia woli” przyjmuje brzmienie:

„Wszelką korespondencję przesyłamy na Twój ostatni znany nam adres. W przypadku zmiany adresu każda ze Stron umowy ubezpieczenia zobowiązana jest poinformować o tym fakcie drugą Stronę.”

- II. Niniejszy aneks został przyjęty Uchwałą Zarządu Avivy Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych SA z dnia 15 marca 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczeń zawieranych począwszy od dnia 2 kwietnia 2012 roku.

ANEKS NR 2/12
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
MOJE BEZPIECZEŃSTWO PRESTIŻ NR 1/09

I. Wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Moje Bezpieczeństwo Prestiż nr 1/09

1) Dotychczasowy ppkt 5) pkt 1 § 13 „Ograniczenia odpowiedzialności” przyjmuje brzmienie:

„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 względem słuszności.”

II. Niniejszy aneks został przyjęty Uchwałą Zarządu Avivy Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych SA z dnia 21 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczeń zawieranych począwszy od dnia 21 grudnia 2012 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych 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