

ad 1.

Śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem

Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.:

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Avivy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie

ad 2.

Śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym

Definicja wypadku komunikacyjnego zgodnie z o.w.u.

Wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek wywołany:

1. ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z zastrzeżeniem że stosowane pojęcia należy rozumieć zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj, trolejbus,
2. ruchem pojazdu kolejowego ciągniętego przez pojazd trakcyjny, w którym ubezpieczony brał udział jako pasażer lub członek załogi pojazdu, z tym że
 - pojazd kołowy oznacza pojazd dostosowany do poruszania się na własnych kołach po torach kolejowych,
 - pojazd trakcyjny oznacza pojazd kolejowy z napędem własnym, w tym metro,z zastrzeżeniem, że wypadkiem komunikacyjnym nie są wypadki kolejowe podczas transportu wewnątrzzakładowego, linowego oraz linowo-terenowego,
3. ruchem pasażerskiego statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych, w których ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer, w tym personel medyczny opiekujący się chorym, bądź jako chory, a statek powietrzny został uszkodzony lub uległ zniszczeniu, bądź zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp jest niemożliwy,
4. ruchem statku, w którym ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer, w tym personel medyczny opiekujący się chorym, bądź jako chory, a statek zatonął albo został uszkodzony lub uległ zniszczeniu, bądź zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp jest niemożliwy.

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

Wartości wskazane w tabeli „Zakres ubezpieczenia” są wartościami skumulowanymi, uwzględniającymi świadczenie za śmierć ubezpieczonego w wyniku NW oraz śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

ad 3.

Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu

Definicja nieszczęśliwego wypadku zgodnie z o.w.u.:

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Avivy, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie

Umowa zawarta jest w oparciu o Klauzulę VI ogólnych warunków – system świadczeń proporcjonalnych, co oznacza, że z 1% uszczerbku na zdrowiu Aviva wypłaca 1%sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie dla Klauzuli VI.

Jeśli zgodnie z opinią lekarza wyznaczonego przez Avivę, okres leczenia skutków nieszczęśliwego

wypadku będzie dłuższy niż 12 miesięcy, ubezpieczony może po upływie 6 miesięcy złożyć wniosek o dokonanie wcześniejszej wypłaty. Aviva wypłaca w takiej sytuacji 50% przewidywanego odszkodowania. Pozostała kwota odszkodowania wypłacana jest po zakończonym leczeniu (nie później niż 24 miesiące od daty wypadku).

ad 4.

Częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany atakiem padaczki

W ramach ubezpieczenia AVIVA ponosi odpowiedzialność z skutki ataków padaczki. Świadczenia ustalane są analogicznie jak w przypadku obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem – za 1% uszczerbku przysługuje kwota określona dla danego wariantu.

ad 5.

Wstrząśnienie mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem

W przypadku rozpoznanego szpitalnie (stosowny dokument medyczny) wstrząśnienia mózgu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczyciel wypłaci 2% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu.

Wysokość kwoty świadczenia będzie zależna jest od funkcjonującego (wybranego) wariantu ubezpieczenia.

ad 6.

Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych

W przypadku utraty przytomności, reakcji anafilaktycznej lub konieczności hospitalizacji o ile są skutki działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych, Ubezpieczyciel wypłaci 5% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu.

Wysokość kwoty świadczenia będzie zależna jest od funkcjonującego (wybranego) wariantu ubezpieczenia.

ad 7.

Oszpecenia i blizny

W przypadku oszpecenia twarzy bez zaburzeń Ubezpieczyciel wypłaci 10% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu.

W sytuacji, gdy oszpecenie twarzy będzie wiązało się dodatkowo z zaburzeniami funkcji, takimi jak: ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek- za każde zaburzenie Ubezpieczyciel dodatkowo wypłaci 10% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu.

W przypadku blizn na skórze (z wyłączeniem blizn pooperacyjnych) Ubezpieczyciel wypłaci:

- 1 % sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, jeżeli blizna skóry mieści się w przedziale od 3 do 10 cm
- 5 % sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu, jeżeli blizna skóry jest dłuższa 10 cm

Ubezpieczyciel odpowiada za blizny, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ad 8.

Oparzenia skóry (powyżej II stopnia)

W przypadku oparzeń skóry Ubezpieczyciel w ramach ubezpieczenia wypłaca:

- oparzenia skóry owłosionej głowy za każdy 1% powierzchni ciała 3% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu
- oparzenia skóry twarzy za każdy 1% powierzchni ciała 5% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu
- oparzenia skóry szyi za każdy 1% powierzchni ciała 2% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu
- oparzenia skóry klatki piersiowej, brzucha, pośladków za każdy 1% powierzchni ciała 1% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu
- oparzenia kończyn górnych (bez dłoni) i kończyn dolnych za każdy 1% powierzchni ciała 1% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu
- oparzeń dłoni za każdy 1% powierzchni ciała 3% sumy ubezpieczenia określonej dla Klauzuli VI – częściowy trwały uszczerbek na zdrowiu

ad 9.

Pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem

W przypadku pobytu w szpitalu, który spowodowany jest nieszczęśliwym wypadkiem za każdy dzień pobytu w szpitalu (płatne do pierwszego dnia pobytu) przysługuje świadczenie w wysokości określonej w ofercie (50zł lub 70 zł w zależności od funkcjonującego/wybranego wariantu).

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia pod warunkiem, że **pobyt trwał co najmniej 24 godziny**.

W ciągu roku polisowego do wykorzystania ma **limit 364 dni**.

Dodatkowo w przypadku, gdy ubezpieczony w trakcie pobytu w szpitalu przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, za dni spędzone na OIOM-ie przysługuje podwójne świadczenie. Podwyższone świadczenie (podwójne) przysługuje maksymalnie za 5 dni.

Dzień przyjęcia do szpitala oraz dzień wypisu ze szpitala liczone są jako pełne dni (bez względu na ilość godzin spędzonych w szpitalu).

ad 10.

Pobyt w szpitalu spowodowany stanem chorobowym

W przypadku pobytu w szpitalu, który spowodowany jest nieszczęśliwym wypadkiem za każdy dzień pobytu w szpitalu (płatne do pierwszego dnia pobytu) przysługuje świadczenie w wysokości określonej w ofercie (50zł lub 70 zł w zależności od funkcjonującego/wybranego wariantu).

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia pod warunkiem, że **pobyt trwał co najmniej 24 godziny**.

W ciągu roku polisowego do wykorzystania ma **limit 30 dni**.

Dodatkowo w przypadku, gdy ubezpieczony w trakcie pobytu w szpitalu przebywał na OIOM-ie przez co najmniej 3 dni, za dni spędzone na OIOM-ie przysługuje podwójne świadczenie. Podwyższone świadczenie (podwójne) przysługuje maksymalnie za 5 dni.

Dzień przyjęcia do szpitala oraz dzień wypisu ze szpitala liczone są jako pełne dni (bez względu na ilość godzin spędzonych w szpitalu).

ad 11.

Naprawa lub zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu kosztów zakupu przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych tylko w sytuacji, gdy jest to bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

Wskazana w polisie kwota stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela (limit kwotowy).

Dodatkowo, w ramach określonego dla poszczególnych wariantów limitu Ubezpieczyciel pokryje koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, odbytego przez ubezpieczonego.

Warunki zwrotu kosztów:

- Zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza
- Odbycie szkolenia zawodowego inwalidów zostało zalecone przez organ rentowy
- Wydatek został poniesiony na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku

UWAGA – podstawą roszczeń o zwrot poniesionych kosztów są faktury lub rachunki imienne (paragon fiskalny nie jest uznawany przez Ubezpieczyciela za dokument uprawniający do roszczenia zwrotu kosztów).

ad 12.**Zwrot kosztów leczenia poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem**

W ramach określonego w polisie limitu kwotowego Ubezpieczyciel zwraca następujące koszty poniesione w związku z nieszczęśliwym wypadkiem:

- Koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego
- Koszty pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyjątkiem operacji plastycznych)
- Koszty znieczulenia (w tym koszty podania znieczulenia), wykonania badań rentgenowskich, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych,
- Koszty wezwania karetki pogotowia lub przewozu ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium,
- Koszty nabycia lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia

UWAGA – podstawą roszczeń o zwrot poniesionych kosztów są faktury lub rachunki imienne (paragon fiskalny nie jest uznawany przez Ubezpieczyciela za dokument uprawniający do roszczenia zwrotu kosztów).

ad 13.**Zwrot kosztów związanych z rehabilitacją powypadkową**

W ramach określonego w polisie limitu kwotowego Ubezpieczyciel zwraca koszty rehabilitacji powypadkowej realizowanej metodami kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii.

Warunki zwrotu kosztów:

- Rehabilitacja została zalecona przez lekarza i stanowi integralną część leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków
- Wydatki zostały poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku

UWAGA – podstawą roszczeń o zwrot poniesionych kosztów są faktury lub rachunki imienne (paragon fiskalny nie jest uznawany przez Ubezpieczyciela za dokument uprawniający do roszczenia zwrotu kosztów).

ad 14.**Zwrot kosztów związanych z operacjami plastycznymi**

W ramach określonego w polisie limitu kwotowego Ubezpieczyciel zwraca koszty operacji plastycznej przeprowadzonej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, o ile w jego wyniku ubezpieczony przebywał w szpitalu co najmniej 3 dni.

Warunki zwrotu kosztów:

- wydatki zostały poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku

UWAGA – podstawą roszczeń o zwrot poniesionych kosztów są faktury lub rachunki imienne (paragon fiskalny nie jest uznawany przez Ubezpieczyciela za dokument uprawniający do roszczenia zwrotu kosztów).

ad 15.**Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej**

W ramach określonego w polisie limitu kwotowego Ubezpieczyciel zwraca koszty odbudowy stomatologicznej w celu usunięcia ubytków w uzębieniu, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W ramach limitu ubezpieczyciel pokrywa:

- koszty wizyt lekarskich, leczenia ambulatoryjnego, pobytu w szpitalu w celu przeprowadzenia : odbudowy i rekonstrukcji zębów, wszczepienia implantów, zabiegów i operacji z zakresu chirurgii stomatologicznej,
- koszty znieczulenia (w tym podania znieczulenia), wykonania badania rentgenowskiego, koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych
- koszty nabycia lekarstw i środków opatrunkowych niezbędnych z medycznego punktu widzenia

Zasada stosowania limitu:

- w przypadku, gdy ubezpieczony w związku z nieszczęśliwym wypadkiem przebywał w szpitalu co najmniej 3 dni limit kwotowy wynosi 5.000 zł
- w przypadku, gdy ubezpieczony w związku z wypadkiem nie był hospitalizowany lub hospitalizacja była krótsza niż 3 dni limit kwotowy wynosi 700 zł

Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów:

- profilaktycznych przeglądów stomatologicznych,
- stomatologii zachowawczej
- leczenia ortodontycznego protetycznego i leczenia ze względów estetycznych (wybielania zębów, usuwania kamienia nazębnego, fluoryzacji, lakowania, piaskowania).

Warunki zwrotu kosztów:

- wydatki zostały poniesione na terytorium RP w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku

UWAGA – podstawą roszczeń o zwrot poniesionych kosztów są faktury lub rachunki imienne (paragon fiskalny nie jest uznawany przez Ubezpieczyciela za dokument uprawniający do roszczenia zwrotu kosztów).

ad 16.

Usługi assistance

Odpowiedzialność Avivy z tytułu pomocy assistance zachodzi, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ ubezpieczony, wystąpił na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Aviva zobowiązuje się za pośrednictwem Centrum Alarmowego zorganizować i pokryć koszty pomocy assistance koniecznej do przeprowadzenia w związku z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku, obejmującej następujące usługi:

- wizyta lekarza
- wizyta pielęgniarki
- transport medyczny
- transport na komisję lekarską
- dostarczenie leków oraz artykułów spożywczych
- rehabilitacja
- pomoc psycholog
- wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego
- opieka opiekuna prawnego
- opieka nad dziećmi
- opieka nad osobami niesamodzielnymi
- opieka nad zwierzętami domowymi
- informacje dla najbliższych oraz pracodawcy

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

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

Szczegóły dotyczące usług assistance realizowanych w ramach ubezpieczenia opisane są w ogólnych warunkach – Klauzula XXI

Inne ważne postanowienia i warunki umowy

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

- wskutek chorób, nawet takich, które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu, chyba że zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zawał serca i udar mózgu zgodnie z Klauzulą XXIII,
- w związku z zażyciem przez ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, przebywaniem przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alko-holu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub wskutek zaburzeń świadomości u ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku
- w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego przestępstwa,
- w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
- w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych prawem powszechnie obowiązującym, bądź z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, o ile miało to wpływ na powstanie szkody, jeżeli wykonywanie pracy bez kwalifikacji lub uprawnień, naruszenie przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, miało wpływ na rozmiar szkody
- podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na
- powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli prowadzenie przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień miało wpływ na rozmiar szkody,
- podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli prowadzenie pojazdu bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu miało wpływ na rozmiar szkody,
- w wyniku nieskorzystania przez ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich; w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Aviva ponosi odpowiedzialność, jeżeli zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względom słuszności,
- 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.
- w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem następujących przypadków
 - gdy ubezpieczony przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych
 - gdy ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu,

- gdy ubezpieczony był przewożony jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie
- jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek,
- 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
- jako wynik ~~wyczynowego~~ lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego w tym treningów **(na mocy postanowień dodatkowych nieszczęśliwe wypadki związane z wyczynowym uprawianiem sportu są objęte odpowiedzialnością)**
- jako wynik udziału ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia przez które rozumie się: narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo, gdy dyscypliny te uprawiane są poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, ~~waliki wręcz~~, wspinaczka góraska lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi, rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy 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 **(na mocy postanowień dodatkowych nieszczęśliwe wypadki związane z uprawianiem waliki wręcz są objęte odpowiedzialnością)**.