

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA  
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW PLUS**

SPIS TREŚCI	
POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE.....	1
DEFINICJE.....	2
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA .....	6
ZAKRES UBEZPIECZENIA.....	6
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI .....	7
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ.....	8
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY.....	15
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	15
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA.....	16
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	16
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA.....	17
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY .....	18
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA.....	19
POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....	22

**POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE**

**§1**

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Plus, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a InterRisk S.A. Vienna Insurance Group, zwanym dalej UBEZPIECZYCIEM.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie (polisie) lub też w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia nie jest wskazany w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA może UBEZPIECZYCIEL podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy UBEZPIECZYCIEL przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
4. Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
5. Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
6. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2010r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

## DEFINICJE

### §2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy;
- 2) **bójka** – starcie między co najmniej trzema osobami, które atakują się wzajemnie i tym samym występują zarazem w roli napastników i napadniętych;
- 3) **całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – w rozumieniu niniejszych OWU utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy przez Ubezpieczonego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej orzeczona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w okresie nie później niż 24 m-ce od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie UBEZPIECZYCIELA udziela świadczeń assistance;
- 5) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 6) **choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (kod ICD: F00-F99);
- 7) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
- 8) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowana:
  - a) kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,
  - b) zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,
  - c) dowodem potwierdzającym zapłatę składki za ubezpieczenie zdrowotne za okres, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową - w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej;
- 9) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, a także działalność zawodowa wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły na podstawie wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej;
- 10) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu w szpitalu;
- 11) **koszty leczenia** – poniesione w następstwie nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu:
  - a) wizyt lekarskich,
  - b) zabiegów ambulatoryjnych, za wyjątkiem rehabilitacji,
  - c) badań zleconych przez lekarza prowadzącego leczenie,
  - d) pobytu w szpitalu,
  - e) operacji, za wyjątkiem operacji plastycznych,
  - f) zakupu lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
- 13) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
- 14) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;

- 15) **lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym UBEZPIECZYCIEL zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia. Lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego nie może dokonywać dla potrzeb UBEZPIECZYCIELA oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia;
- 16) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym, a także ustawy z dnia 21 czerwca 2002 r. o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego;
- 17) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł – w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego **zakresu PEŁNEGO**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt.1) niniejszych OWU. W rozumieniu niniejszych OWU, w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego **zakresu OGRANICZONEGO**, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt.2) niniejszych OWU, pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku rozumie się wyłącznie:
- a) nieszczęśliwy wypadek przy pracy j– wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, mający miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- b) za zapłatą dodatkowej składki również nieszczęśliwy wypadek w drodze do lub z pracy – wypadek w rozumieniu ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, mający miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- Za nieszczęśliwy wypadek, w zakresie PEŁNYM lub OGRANICZONYM, o którym mowa w §4 ust. 1 niniejszych OWU, uważa się również zawał serca lub udar mózgu, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i Ubezpieczony nie przekroczył 60 roku życia w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a także pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki, o którym mowa w §4 ust. 4 niniejszych OWU;
- 18) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez UBEZPIECZYCIELA przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej lub grupy osób, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej, uwzględniająca w szczególności: wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność grupy, rodzaj prowadzonej działalności/wykonywanej pracy;
- 19) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie UBEZPIECZYCIELA do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które UBEZPIECZYCIEL ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na obszarze całego świata, za wyjątkiem: opcji Dodatkowej D3 (koszty leczenia), opcji Dodatkowej D4 (koszty leczenia stomatologicznego), opcji Dodatkowej D5 (koszty rehabilitacji), opcji Dodatkowej D6 (pobyt Ubezpieczonego w szpitalu), opcji Dodatkowej D7 (rekonwalescencja po pobycie w szpitalu), opcji Dodatkowej D10 (operacje), opcji Dodatkowej D11 (koszty operacji plastycznych), opcji Dodatkowej D12 (uciążliwe leczenie) oraz opcji Dodatkowej D13 (assistancje medycznej), w ramach których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 20) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania niskiej temperatury. Stopień odmrożenia określany jest przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 21) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;
- 22) **OIOM/OIT** – (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii) wydzielony w szpitalu oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do stałego monitorowania i podtrzymywania funkcji życiowych osób w stanie bezpośredniego zagrożenia ich życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 23) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, powstałe w wyniku działania ciepła, żrących substancji chemicznych (stałych, płynnych, gazowych), prądu elektrycznego, promieni słonecznych – UV, promieniowania (RTG, UV i innych czynników promieniotwórczych) wysokiej temperatury. Stopień oparzenia określany jest według „Reguły dziesiątek” lub tabeli Lunda i Brondera przez lekarza prowadzącego leczenie;
- 24) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;
- 25) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń, okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia;
- 26) **operacja wtórna** – kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;

- 27) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
- 28) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;
- 29) **pobicie** – czynna napaść dwóch lub więcej osób na inną osobę lub osoby, w której występuje wyraźny podział ról na napastników i broniących się;
- 30) **pobyty w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, trwający przez okres co najmniej trzech dni;
- 31) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 32) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2 ‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> w wydychanym powietrzu;
- 33) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;
- 34) **pracownik** – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, której przedmiotem jest zatrudnienie. Dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się przynależność osób przystępujących do ubezpieczenia do organizacji takich jak: związek zawodowy, związek sportowy, klub sportowy, stowarzyszenie, partia polityczna, w sytuacji gdy organizacje te zawierają umowy ubezpieczenia na rachunek swoich członków. Za pracownika uważa się również osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników tego przedsiębiorstwa);
- 35) **przekwalifikowanie zawodowe osób niepełnosprawnych** - przeszkolenie zawodowe osoby, w stosunku do której Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub powiatowy (wojewódzki) zespół ds. orzekania o niepełnosprawności orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy Ubezpieczonego w jego dotychczas wykonywanym zawodzie;
- 36) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej zgłoszonej przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego na podstawie niniejszych OWU;
- 37) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, realizowane metodą kinezyterapii, fizyoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 38) **rekonwalescencja** – okres czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy rozpoczynający się od dnia następnego po pobycie w szpitalu (od dnia następnego po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala), w którym Ubezpieczony przebywał przez okres co najmniej trzech dni w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowany zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym przez ten szpital;
- 39) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscypliny sportu w celu odpoczynku i/lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki lub organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od pracy;
- 40) **sporty wysokiego ryzyka** - bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 41) **stałe źródło dochodu** - wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub innej umowy, której przedmiotem jest zatrudnienie lub dochód uzyskiwany w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą;
- 42) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii;

- 43) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 44) **środek odurzający** - substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 45) **środki pomocnicze** – wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 46) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 47) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego kwota pieniężna wypłacana Uprawnionemu przez UBEZPIECZYCIELA w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia, które jest objęte odpowiedzialnością ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA;
- 48) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 49) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 50) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez UBEZPIECZYCIELA z Ubezpieczającym na rzecz osób fizycznych, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby;
- 51) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego z UBEZPIECZYCIELEM na rzecz osoby fizycznej;
- 52) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego z UBEZPIECZYCIELEM na rachunek osób trzecich, które są wobec siebie osobami bliskimi w rozumieniu niniejszych OWU, przy czym minimalna liczba osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach w/w umowy ubezpieczenia wynosi co najmniej 2 osoby;
- 53) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 69 lat;
- 54) **uciążliwe leczenie** – leczenie Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego nie nastąpił uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego (0% określony przez lekarza zaufania), ale przeprowadzona została operacja lub miał miejsce pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który trwał minimum 3 dni;
- 55) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;;
- 56) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
- a) współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,
  - b) dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
  - c) rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych),
  - d) pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 57) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
- 58) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 59) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych;

- 60) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, pieszym lub osobą kierującą pojazdem, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała lub śmierci Ubezpieczonego;
- 61) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze;
- 62) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczającego o rezygnacji z ubezpieczenia Ubezpieczonego, złożone Ubezpieczycielowi w formie listy osób występujących, o której mowa §13 ust. 1 pkt. 5 lit. b);
- 63) **zawał serca** - rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22.

## PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

### §3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

### §4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, zakres ubezpieczenia może obejmować:
  - 1) następstwa nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – **zakres PEŁNY**, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5 niniejszych OWU,  
lub
  - 2) wyłącznie następstwa nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej – **zakres OGRANICZONY**, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 6 niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY**, o których mowa w ust. 1 pkt. 1)-2) może być zawarty w:
  - 1) **opcji PODSTAWOWEJ** obejmującej:
    - a) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - b) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - system świadczeń proporcjonalnych,
    - c) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,  
lub
  - 2) **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** obejmującej:
    - a) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - b) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - system świadczeń stałych,
    - c) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - d) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,  
lub
  - 3) **opcji PPROGRESJA** obejmującej:
    - e) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - a) uszczerbek na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - system świadczeń progresywnych,
    - b) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
    - c) koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

3. Za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY**, o których mowa w ust. 1 pkt. 1)-2) zawarty w **opcji PODSTAWOWEJ** lub **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** lub **opcji PROGRESJA**, w związku z zaistniałym w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwym wypadkiem, objętym odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA, może zostać rozszerzony o **opcje DODATKOWE (D1-D13)**:
- 1) **opcja DODATKOWA D1** - czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
  - 2) **opcja DODATKOWA D2** - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
  - 3) **opcja DODATKOWA D3** - koszty leczenia,
  - 4) **opcja DODATKOWA D4** - koszty leczenia stomatologicznego,
  - 5) **opcja DODATKOWA D5** - koszty rehabilitacji,
  - 6) **opcja DODATKOWA D6** - pobyt w szpitalu,
  - 7) **opcja DODATKOWA D7** - rekonwalescencja po pobycie w szpitalu,
  - 8) **opcja DODATKOWA D8** – oparzenia,
  - 9) **opcja DODATKOWA D9** – odmrożenia,
  - 10) **opcja DODATKOWA D10** – operacje,
  - 11) **opcja DODATKOWA D11** - koszty operacji plastycznych,
  - 12) **opcja DODATKOWA D12** - uciążliwe leczenie,
  - 13) **opcja DODATKOWA D13** - assistance medyczny.
4. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** lub **zakres OGRANICZONY** może zostać rozszerzony o następstwa **zawału serca i udaru mózgu**, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i Ubezpieczony nie przekroczył 60 roku życia w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres PEŁNY** może zostać rozszerzony o następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane w związku z **wyczynowym uprawianiem sportu**.
6. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za zapłatą dodatkowej składki, **zakres OGRANICZONY** może zostać rozszerzony o następstwa **nieszczęśliwych wypadków w drodze do lub z pracy**, które wydarzyły się Ubezpieczonemu podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

#### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

##### §5

1. UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
- 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
  - 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
  - 3) uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
  - 4) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu,
  - 5) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, a stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
  - 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,
  - 7) bójką,
  - 8) pobiciem, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze broniącego się,
  - 9) chorób nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
  - 10) chorobą zawodową, chorobą psychiczną,
  - 11) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
  - 12) zawałem serca lub udarem mózgu, z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 4,
  - 13) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 5,
  - 14) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
  - 15) operacją wtórną,
  - 16) omdleniem, jeżeli nie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,

- 17) pozostawieniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu albo innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dn. 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 18) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
  - 19) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru.
2. Ponadto odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA nie obejmuje:
    - 1) zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne,
    - 2) uszkodzeń dysków międzykręgowych.
  3. W ramach opcji Dodatkowej D13 – świadczenia assistance – odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA dodatkowo nie obejmuje:
    - 1) zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
    - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Assistance, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
    - 3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie.

## RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

### §6

1. W **opcji PODSTAWOWEJ** lub **opcji PODSTAWOWEJ PLUS** lub **opcji PROGRESJA**, w związku z zaistniałym w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwym wypadkiem objętym odpowiedzialnością UBEZPIECZYCIELA, umowa ubezpieczenia zapewnia:
  - 1) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu** – świadczenie:
    - a) w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS,
    - b) w wysokości 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA,
  - 2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% - świadczenie w ramach systemu:
    - a) **świadczeń proporcjonalnych**, tj. wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,  
lub
    - b) **świadczeń stałych**, tj. wysokość świadczenia określona jest w Tabeli nr 1 w odpowiednim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ PLUS, w zależności od rodzaju uszczerbku na zdrowiu określonego wyłącznie w Tabeli nr 1:

**TABELA NR 1**

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia - % sumy ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ PLUS
Całkowita utrata wzroku:	
a) w obu oczach	a) 100%
b) w jednym oku wraz z utratą oka	b) 40%
c) w jednym oku bez utraty oka	c) 35%
Całkowita utrata:	
a) słuchu w obu uszach	a) 100%
b) słuchu w jednym uchu	b) 20%
c) małżowiny	c) 15%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata kończyny górnej:	
a) w barku	a) 75%
b) w obrębie ramienia	b) 70%
c) w obrębie przedramienia	c) 65%
d) w nadgarstku	d) 55%
Całkowita utrata:	
a) kciuka	a) 20%



b) palca wskazującego	b) 15%
c) innego palca ręki	c) 6%
Całkowita utrata obu kończyn górnych w obrębie ramienia	100%
Całkowita utrata kończyny dolnej:	
a) w stawie biodrowym	a) 75%
b) na wysokości uda	b) 70%
c) na poziomie stawu kolanowego	c) 65%
d) w obrębie podudzia	d) 60%
Całkowita utrata obu kończyn dolnych	100%
Trwały i nieuleczalny paraliż wszystkich kończyn	100%
Trwały i nieuleczalny paraliż kończyny dolnej	60%
Trwały i nieuleczalny paraliż kończyny górnej:	
a) prawej	a) 65%
b) lewej	b) 55%
Całkowita utrata stopy	40%
Całkowita utrata:	
a) dużego palca stopy	a) 6%
b) innego palca stopy	b) 2%

lub

- c) **świadczeń progresywnych**, tj. w wysokości uzależnionej od wysokości uszczerbku na zdrowiu i wynoszące:
- i. 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu wynoszącego w przedziale 1% - 25% ,
  - ii. 1,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 26% - 50%,
  - iii. 2,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale 51% - 75%,
  - iv. 3,5% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA za każdy procent uszczerbku na zdrowiu – w przypadku uszczerbku na zdrowiu powyżej 75%;
- 3) **w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku**, jeśli nastąpiła ona w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wypadku przy pracy jeśli nastąpiła ona w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA. Za zapłatą dodatkowej składki w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jeśli nastąpiła ona w ciągu sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku – przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA;
- 4) **koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, nie więcej jednak niż 10.000,00 PLN, pod warunkiem, iż:
- a) są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
  - b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, nie więcej jednak niż 10.000,00 PLN, pod warunkiem, iż:
- a) Ubezpieczonemu, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej

- do pracy w dotychczasowym zawodzie lub na podstawie orzeczenia powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej,
- b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Za zapłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może zapewniać w ramach opcji Dodatkowych (D1-D13) następujące świadczenia:
- 1) **Opcja Dodatkowa D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D1 za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy przynoszącej stałe źródło dochodu, powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od:
    - a) 10 – go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy trwała nieprzerwanie do 30 dni,
    - b) 1 – go dnia czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w przypadku gdy czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy trwała nieprzerwanie powyżej 30 dni.

Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za 90 dni czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
  - 2) **Opcja Dodatkowa D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – świadczenie w wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D2, pod warunkiem iż powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.
  - 3) **Opcja Dodatkowa D3 – koszty leczenia** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D3, pod warunkiem, iż koszty leczenia:
    - a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
    - b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.
  - 4) **Opcja Dodatkowa D4 – koszty leczenia stomatologicznego** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100 % sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D4, pod warunkiem, iż koszty leczenia stomatologicznego:
    - a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
    - b) zostały poniesione na odbudowę uszkodzonego lub utraconego zęba stałego,
    - c) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 4 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
  - 5) **Opcja Dodatkowa D5 – koszty rehabilitacji** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D5, pod warunkiem, iż koszty rehabilitacji:
    - a) powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
    - b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.
  - 6) **Opcja Dodatkowa D6 – pobyt w szpitalu** – świadczenie w wysokości 0,50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D6, za każdy następny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 48 godzin, przysługuje dodatkowe jednorazowe świadczenie w wysokości 500,00 PLN za cały okres pobytu na OIOM/OIT i jest wypłacane niezależnie od świadczenia za pobyt w szpitalu. Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za 180 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIOM/OIT spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem wypłacane jest wyłącznie jeden raz w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
  - 7) **Opcja Dodatkowa D7 – rekonwalescencja** – świadczenie w wysokości 3% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D7, za każdy dzień czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio po pobycie w szpitalu, tj. czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy rozpoczęła się następnego dnia po dniu wypisu ze szpitala. Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie za okres 30 dni.
  - 8) **Opcja Dodatkowa D8 – oparzenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D8, uzależnione od stopnia oparzenia określonego wyłącznie w Tabeli nr 2:

**TABELA NR 2**

Stopień oparzenia	Wysokość świadczenia - % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D8
-------------------	---

II stopień	20%
III stopień	50%
IV stopień	100%

- 9) **Opcja Dodatkowa D9 – odmrożenia** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D9, uzależnione od stopnia odmrożenia określonego wyłącznie w Tabeli nr 3:

**TABELA NR 3**

Stopień odmrożenia	Wysokość świadczenia - % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D9
II stopień	20%
III stopień	50%
IV stopień	100%

- 10) **Opcja Dodatkowa D10 – operacje** – świadczenie w wysokości stanowiącej procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D10, uzależnione od rodzaju operacji określonej wyłącznie w Tabeli nr 4, pod warunkiem iż operacja:

- została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- została przeprowadzona w trakcie co najmniej trzydniowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, przysługuje wyłącznie jedno, najwyższe świadczenie przewidziane w Tabeli nr 4 za jedną z kilku wykonanych operacji.

**TABELA NR 4**

Rodzaj operacji	Wysokość świadczenia - % sumy ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D10
<b>Operacje przewodu pokarmowego i jamy brzusznej:</b>	
operacje przełyku	90%
operacje żołądka	60%
resekcja jelita	40%
operacje wątroby	90%
operacje trzustki	90%
operacje śledziony	40%
<b>Operacje związane z otwarciem klatki piersiowej:</b>	
operacje płuca	80%
usunięcie całego płuca	100%
operacje serca	80%
<b>Amputacje:</b>	
amputacja palców rąk i nóg – każdy palec	10%
amputacja ręki (dłoni)	30%
amputacja stopy	30%
amputacja na poziomie przedramienia	40%
amputacja na poziomie podudzia	50%

amputacja na poziomie ramienia	50%
amputacja na poziomie uda	70%
całkowita amputacja kończyny na wysokości biodra	100%
<b>Operacje narządów zmysłu:</b>	
<i>operacje oka:</i>	
szycie gałki ocznej	90%
usunięcie gałki ocznej	40%
odwarstwienie siatkówki	20%
<i>operacje ucha:</i>	
zabiegi w obrębie ucha środkowego	30%
zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego	50%
<i>operacje nosa</i>	
operacja zatok	20%
operacje przegrody nosowej i małżowin nosa	10%
<b>Operacyjne leczenie złamań</b>	
kości czaszki	80%
operacje twarzoczaszki	20%
operacja nosa	10%
operacje kręgosłupa	50%
operacje obręczy barkowej	20%
operacje kości ramienia	25%
operacje kości przedramienia	15%
operacja nadgarstka, śródreżcza	10%
operacje miednicy	35%
operacje kości uda	30%
operacje kości podudzia	25%
operacje rzepek	20%
operacje złamań w obrębie stopy (kości stępu, śródstopia)	10%
operacja żeber	10%
operacje mostka	10%
<b>Operacyjne leczenie tkanek miękkich:</b>	
mięśnie, ścięgna, więzadła, naczynia krwionośne	10%
<b>Operacyjne leczenie zwichnięć:</b>	
stawu barkowego,	50%
stawu biodrowego	50%
stawu łokciowego	20%
stawu kolanowego	20%
łąkotki	10%
stawu skokowego lub nadgarstka	20%

kręgosłupa	25%
<b>Operacje układu moczowo- płciowego:</b>	
operacje nerki, dróg moczowych	60%
operacje żeńskich narządów płciowych	45%
operacje męskich narządów płciowych	20%
<b>Operacje neurochirurgiczne:</b>	
operacje centralnego układu nerwowego – mózg i rdzeń kręgowy	100%
operacje nerwów obwodowych	20%
<b>Przeszczepy:</b>	
przeszczep serca	100%
przeszczep wątroby	100%
przeszczep nerki	100%
przeszczep innych narządów	65%

- 11) **Opcja Dodatkowa D11 – koszty operacji plastycznych** – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D11, pod warunkiem, iż:
- operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
  - koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 12) **Opcja Dodatkowa D12 – uciążliwe leczenie** - wypłata świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji Dodatkowej D12, pod warunkiem, iż:
- nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (0% uszczerbku na zdrowiu określony przez lekarza zaufania),
  - Ubezpieczony przeszedł operację lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, trwał przez okres co najmniej 3 dni.
- 13) **Opcja Dodatkowa D13 – assistance medyczny:**
- pomoc medyczna:
    - wizyta lekarza Centrum Assistance** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszty dojazdu lekarza Centrum Assistance oraz jego honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej. UBEZPIECZYCIEL pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
    - wizyta pielęgniarki** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie, zorganizuje i pokryje koszt dojazdu pielęgniarki oraz jej honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty 7 wizyt, które łącznie nie mogą przekroczyć 48 godzin pobytu pielęgniarki u Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
    - dostawa leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego wymaga leżenia, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
    - transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu z miejsca pobytu Ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego leczenie;
    - transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w placówce medycznej, UBEZPIECZYCIEL za

- pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt odpowiedniego środka transportu zalecanego przez lekarza prowadzącego leczenie;
- vi. **pomoc psychologiczna** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL na zlecenie lekarza zorganizuje i pokryje koszt wizyty u psychologa. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt maksymalnie 3 wizyt w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
  - vii. **przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywa w szpitalu, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;
- b) pomoc rehabilitacyjna:
- i. **wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
  - ii. **wizyta Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na zlecenie lekarza prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszt wizyt Ubezpieczonego u fizykoterapeuty w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
  - iii. **organizacja oraz pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
  - iv. **zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu zamieszkania, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, pokryje koszt zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- c) **pomoc domowa** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, do łącznej kwoty 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- d) **opieka nad dziećmi** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 200 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi;
- e) **opieka nad zwierzętami** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, w następstwie którego przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt opieki nad zwierzętami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 150 zł za dzień, maksymalnie do 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- f) **medyczne usługi informacyjne** – za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:
- i. informacje medyczne o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
  - ii. informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),
  - iii. informacje o aptekach na terytorium całego kraju, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów,
  - iv. informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terytorium kraju,
  - v. informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
  - vi. informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
  - vii. informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,
  - viii. informacje o dietach, zdrowym żywieniu,

- ix. informacje o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
- x. informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- xi. dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Assistance, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania;

#### **SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY**

##### **§7**

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz dla poszczególnych opcji DODATKOWYCH (D1-D13), o których mowa w §4 ust. 2-3 niniejszych OWU.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla każdego Ubezpieczonego i określona jest w umowie ubezpieczenia.
3. Górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 100 % sumy ubezpieczenia w przypadku opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA, a także opcji DODATKOWYCH (D1-D13), za wyjątkiem:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o której mowa w §6 ust. 1 pkt. 3), gdzie górną granicą odpowiedzialności jest kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA,
  - 2) uszczerbku na zdrowiu w wysokości w przedziale 51% - 100%, o którym mowa w §6 ust. 1 pkt. 1) lit. b) oraz §6 ust. 1 pkt. 2) lit. c), gdzie górną granicą odpowiedzialności jest kwota stanowiąca 350% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PROGRESJA.
4. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określanej osobno dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz wybranej opcji Dodatkowej (D1-D13).

#### **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

##### **§8**

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
  - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
  - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego – dotyczy ubezpieczenia indywidualnego i rodzinnego,
  - 3) liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia,
  - 4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
  - 5) propozycję sum ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA oraz opcji Dodatkowych (D1-D13),
  - 6) okres ubezpieczenia,
  - 7) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej/ wykonywanej pracy zawodowej,
  - 8) rodzaj uprawianej rekreacyjnie i/lub wyczynowo dyscypliny sportowej,
  - 9) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. UBEZPIECZYCIEL może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub ust. 2 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie UBEZPIECZYCIELA odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma od UBEZPIECZYCIELA w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia, za zgodą UBEZPIECZYCIELA, na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu.
6. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
7. UBEZPIECZYCIEL potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

## **§9**

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia grupowego, ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt. 50), 51), 52).
2. Umowa ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. Umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w formie imiennej lub bezimiennej z zastrzeżeniem, że umowa ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej może zostać zawarta wyłącznie na rzecz pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej jest objęcie ubezpieczeniem 100% pracowników.
5. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia.

## **POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

### **§10**

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do osób zgłaszanych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania umowy grupowej, odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do UBEZPIECZYCIELA przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego.
4. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustaje:
  - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
  - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
  - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w § 11 ust. 2 i 3,
  - 4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonego od dnia doręczenia, w wezwaniu skierowanym przez Ubezpieczyciela do Ubezpieczającego oraz braku zapłaty składki w tym terminie,
  - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności, o której mowa w §7 ust. 3 niniejszych OWU,
  - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
  - 7) wobec Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia grupowego.
5. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia. Wznowienie odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zapłaty dodatkowej składki.

## **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§11**

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Jeżeli UBEZPIECZYCIEL ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, UBEZPIECZYCIEL może wypowiedzieć umowę ze skutkiem



natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.

4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w § 10 ust. 4 pkt. 4) OWU.

## **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

### **§12**

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
  - 1) zakresu ubezpieczenia,
  - 2) okresu ubezpieczenia,
  - 3) wnioskowanych przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia,
  - 4) liczby osób przystępujących do ubezpieczenia,
  - 5) informacji o szkodowości,
  - 6) rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej i/lub wykonywanej pracy zawodowej oraz rodzaju wyczynowo i/lub rekreacyjnie uprawianego sportu.
3. Ponadto w ustaleniu wysokości podstawowej składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Podstawową składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc, określoną sumę ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS lub opcji PROGRESJA i opcji Dodatkowych (D1-D12) przez właściwą stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy opcji Dodatkowej 13 (assistance medycznego), w której obowiązuje jedna stawka składki określana kwotowo.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez UBEZPIECZYCIELA.
7. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki i /lub wyższe podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując wyższe i zniżki składki.
9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować wyższe składki, w szczególności z tytułu:
  - 1) wyczynowo uprawianego sportu,
  - 2) podwyższenia świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku o 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla opcji PODSTAWOWEJ lub opcji PODSTAWOWEJ PLUS, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
  - 3) rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o następstwa nieszczęśliwych wypadków:
    - a) powstałe w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
    - b) doznane w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
    - c) w drodze do lub z pracy,
  - 4) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
  - 5) wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których UBEZPIECZYCIEL wypłacił świadczenia.
10. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu:
  - 1) liczby osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
  - 2) zakresu ubezpieczenia – zakres ORGANICZONY,
  - 3) jednorazowej płatności składki ubezpieczeniowej,
  - 4) formy ubezpieczenia – ubezpieczenie rodzinne,
  - 5) wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
11. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
12. Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
13. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w dniu

zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).

14. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCIELI należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
15. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

## **PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY**

### **§13**

1. Ubezpieczający obowiązany jest do:
  - 1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości UBEZPIECZYCIELA wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach,
  - 2) zgłaszania UBEZPIECZYCIELI zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował UBEZPIECZYCIELA przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
  - 3) opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie,
  - 4) umożliwienia UBEZPIECZYCIELI zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku,
  - 5) przekazywania do UBEZPIECZYCIELA w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia, wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności w przypadku umów ubezpieczeń grupowych zawartych w formie imiennej:
    - a) list osób przystępujących do ubezpieczenia,
    - b) list osób występujących z ubezpieczenia,
    - c) miesięcznego rozliczenia składek (na druku UBEZPIECZYCIELA),
  - 6) przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości UBEZPIECZYCIELA okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2), UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest powiadomić Ubezpieczonego, w formie pisemnej, o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych OWU.
4. UBEZPIECZYCIEL obowiązany jest do:
  - 1) zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
  - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
  - 3) dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
  - 4) na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
  - 5) udostępniania Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA we wszystkich jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA, w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego tekst Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA dostarczany jest Ubezpieczającemu/ Ubezpieczonemu pod wskazany adres,
  - 6) udostępnienia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez UBEZPIECZYCIELA udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez UBEZPIECZYCIELA,
  - 7) objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
  - 8) wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
  - 9) zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. z późn. zm.,
  - 10) pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §14 ust. 10,

- 11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §14 ust.10.
5. Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych UBEZPIECZYCIELA.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA, w której zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane w ciągu 30 dni licząc od dnia ich wpłynięcia do UBEZPIECZYCIELA.

## **ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

### **§14**

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:
  - 1) niezwłocznego (w ciągu 24 godzin) zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
  - 2) zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala,
  - 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje:
  - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,
  - 2) numer polisy,
  - 3) imię i nazwisko, adres Ubezpieczonego,
  - 4) imię i nazwisko, adres Uprawnionego, jeżeli z roszczeniem występuje Uprawniony,
  - 5) datę nieszczęśliwego wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
  - 6) imię i nazwisko, adres świadków zdarzenia, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
3. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową UBEZPIECZYCIELA w ramach opcji Dodatkowej D13 – assistance medycznego - Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest skontaktować z Centrum Assistance (adres, numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia) i przekazać następujące informacje:
  - 1) imię i nazwisko lub nazwę i adres Ubezpieczającego,
  - 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - 3) adres zamieszkania Ubezpieczonego,
  - 4) numer polisy,
  - 5) okres ubezpieczenia,
  - 6) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
  - 7) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego.
4. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony, na wniosek Centrum Assistance, zobowiązany jest przedstawić lekarzom Centrum Assistance posiadane: zaświadczenia medyczne, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne, recepty, a także oryginały rachunków lub faktur i dowody ich zapłaty.
5. W celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
  - 1) kopię zgłoszenia zdarzenia Policji, o ile było zgłoszone,
  - 2) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
  - 3) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
  - 4) kartę informacyjną ze szpitala,
  - 5) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
    - a) kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
    - b) kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,
  - 6) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:
    - a) kopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,

- b) oryginały rachunków lub faktur,
  - 7) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
    - a) kopię decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu renty szkoleniowej osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub orzeczenie powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którym orzeczono o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,
    - b) oryginały rachunków lub faktur,
  - 8) w przypadku czasowej niezdolności do wykonywania pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
    - a) kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,
    - b) zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie lub prowadzenie działalności gospodarczej,
    - c) w przypadku działalności gospodarczej kopię dowodu potwierdzającego opłacenie składki za ubezpieczenie zdrowotne za okres, w którym miało miejsce zdarzenie,
  - 9) w przypadku nieszczęśliwego wypadku przy pracy:
    - a) kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 16 września 2004 r. w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy sporządzony przez zespół powypadkowy powołany zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie ustalania okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, lub
    - b) kopię karty wypadku przy pracy sporządzoną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie trybu uznawania zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia wypadkowego za wypadek przy pracy, kwalifikacji prawnej zdarzenia, wzoru karty wypadku i terminu jej sporządzenia,
  - 10) w przypadku nieszczęśliwego wypadku w drodze do lub z pracy – kopię karty wypadku przy pracy sporządzoną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad oraz trybu uznawania zdarzenia za wypadek w drodze do pracy lub z pracy, sposobu jego dokumentowania, wzoru karty wypadku w drodze do pracy lub z pracy oraz terminu jej sporządzania;
  - 11) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia – oryginały rachunków lub faktur,
  - 12) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia stomatologicznego – oryginały rachunków lub faktur,
  - 13) w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – kopię orzeczenia lekarza Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uznające Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy oraz samodzielnej egzystencji,
  - 14) celem refundacji poniesionych kosztów rehabilitacji – oryginały rachunków lub faktur oraz dokumentację lekarską zawierającą skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne,
  - 15) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
    - a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
    - b) akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
  - 16) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 10 i 11.
6. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w ust. 10 i 11.
7. UBEZPIECZYCIEL może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
8. UBEZPIECZYCIEL może wystąpić do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez UBEZPIECZYCIELA, z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.
9. Wystąpienie UBEZPIECZYCIELA o informację, o której mowa w ust. 8, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.
10. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, UBEZPIECZYCIEL w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, na którą osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
11. W przypadku powzięcia przez UBEZPIECZYCIELA nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, UBEZPIECZYCIEL w terminie siedmiu dni od daty powzięcia dodatkowych informacji,

pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

## §15

1. Stopień uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia z uwzględnieniem, zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego, najpóźniej w 24 miesiącu od dnia nieszczęśliwego wypadku.
2. Orzeczony stopień (procent) uszczerbku na zdrowiu z tytułu poszczególnych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, wynikających z jednego nieszczęśliwego wypadku jest sumowany, przy czym suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć wysokości 100%.
3. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
4. Stopień uszczerbku na zdrowiu może być ustalany zaocznie przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji z przebiegu leczenia lub na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza zaufania z udziałem Ubezpieczonego.
5. Stopień uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu UBEZPIECZYCIELA udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek, zgodnie z postanowieniami §13 ust. 4 pkt. 5).
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, z tytułu opcji Dodatkowej D1 – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy, z tytułu opcji Dodatkowej D2 – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, z tytułu opcji Dodatkowej D6 – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, z tytułu opcji Dodatkowej D7 – rekonwalescencja po pobycie w szpitalu, z tytułu opcji Dodatkowej D8 – oparzenia, z tytułu opcji Dodatkowej D9 – odmrożenia, z tytułu opcji Dodatkowej D10 – operacje, z tytułu opcji Dodatkowej D12 – uciążliwe leczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu.
8. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uprawnionemu.
9. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych, przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, koszty leczenia, koszty leczenia stomatologicznego, koszty rehabilitacji, koszty operacji plastycznych zwracane są osobie, która je poniosła.
10. UBEZPIECZYCIEL wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym umowy lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
11. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
12. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
13. UBEZPIECZYCIEL wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
14. Jeżeli w terminie określonym w ust. 13 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia UBEZPIECZYCIEL wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
15. Jeżeli w terminie określonym w ust. 13 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
16. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 13 lub 14, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA za pośrednictwem jednostki organizacyjnej UBEZPIECZYCIELA albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
17. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji zgłosić na piśmie, wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd UBEZPIECZYCIELA.
18. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 16 i 17 Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
19. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją UBEZPIECZYCIELA o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej bez zachowania trybu określonego w ust. 17 i 18.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### §16

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym. Jeżeli to zostało wcześniej uzgodnione między stronami zawiadomienia i oświadczenia mogą być przekazywane drogą elektroniczną.
2. Strony są zobowiązane zawiadamiać się o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu odpowiednio w zależności od tego czy stroną jest osoba prawna lub fizyczna.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Plus zostały zatwierdzone uchwałą nr 30/2012 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia 11 kwietnia 2012 roku.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków wchodzi w życie z dniem 01 lipca 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczeń zawieranych od dnia 01 lipca 2012 roku.
7. Z dniem wejścia w życie niniejszych OWU tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzone uchwałą nr 58/2008 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia 09 grudnia 2008 roku.