InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH

BENEFIT COMPLEX PLUS

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE 1
DEFINICJE 2
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA 8
ZAKRES UBEZPIECZENIA 8
WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEPZIECZENIOWĄ 9
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI 9
RODZAJE I WYSOKOSĆ ŚWIADCZEŃ 12
SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY 24
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA 25
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA 26
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA 27
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA 27
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY 28
ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA. 29
POSTANOWIENIA KOŃCOWE 32

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, tel. (0-22) 537-68-00, tel. fax (0-22) 53 76 804, www.interrisk.pl
KRS: 0000054136 Sąd Rejonowy dla M.St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy; NIP: 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100,00 PLN

POSTANOWIENIA POCZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH **BENEFIT COMPLEX PLUS**, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej UBEZPIECZYCIELEM.
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 jakiejkolwiek 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) **anemia aplastyczna** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: D61;
3) **bójka** – starcie między co najmniej trzema osobami, które atakują się wzajemnie i tym samym występują zarazem w roli napastników i napadniętych;
4) **Centrum Assistance** – jednostka organizacyjna wskazana przez UBEZPIECZYCIELA (adres, numer telefonu podawany jest w umowie ubezpieczenia), która na zlecenie UBEZPIECZYCIELA udziela świadczeń assistance;
5) **certyfikat ubezpieczeniowy** – imienny dowód wystawiony przez UBEZPIECZYCIELA, potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach ubezpieczenia grupowego;
6) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
7) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową;
8) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – choroba rozpoznana przez lekarza neurologa i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: A.81.0;
9) **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);
10) **choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych;
11) **deklaracja przystąpienia** – pisemne oświadczenie woli osoby fizycznej na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU składane Ubezpieczającemu przez osobę fizyczną w ramach ubezpieczenia grupowego;
12) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione;
13) **działalność gospodarcza** – zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej;
14) **dzień pobytu w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym trwający co najmniej 24 godziny, służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą. Dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dzień wypisu ze szpitala w przypadku wypłaty świadczenia liczone są jako pełne dni pobytu w szpitalu;
15) **franszyza integralna** – w ubezpieczeniu kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 10), wyłączenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadków, gdy wartość kosztów leczenia nie przekracza 30 EURO. W przypadków, gdy wartość kosztów leczenia przekracza 30 EURO, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność bez uwzględnienia franszyzy integralnej;
16) **indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego** – indywidualna umowa ubezpieczenia osoby fizycznej, uprzednio objętej ubezpieczeniem grupowym, zawarta przez UBEZPIECZYCIELA na podstawie złożonego przez nią wniosku o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że wniosek ten został złożony w ciągu miesiąca, licząc od ostatniego dnia miesiąca, za który została opłacona składka w ramach ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 3;
17) **karencja** – ustalony w OWU oraz umowie ubezpieczenia okres, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej, w czasie którego UBEZPIECZYCIEL nie ponosi odpowiedzialności;
18) **koszty świadczeń medycznych** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, niezbędne z medycznego punktu widzenia, udokumentowane koszty poniesione na badania ambulatoryjne, konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi medyczne oraz inne świadczenia medyczne wymienione wyłącznie w TABELI NR 2, o której mowa w §8 ust. 14 niniejszych OWU;

19) **krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego będącego pracownikiem, zatrudnionym przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, udokumentowana:

   a) potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,

   b) zaświadczeniem stwierdzającym zatrudnienie wystawionym przez pracodawcę;

20) **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;

21) **lekarz Centrum Assistance** – lekarz zatrudniony lub współpracujący z Centrum Assistance;

22) **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;

23) **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;

24) **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:

   a) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 1) niniejszych OWU,

   b) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 2) niniejszych OWU,

   c) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 3) niniejszych OWU,

   d) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 2) niniejszych OWU,

   e) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 3) niniejszych OWU,

   f) ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 5) niniejszych OWU,

   za nieszczęśliwy wypadek 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, z zastrzeżeniem postanowień §6 ust. 1 pkt. 13) niniejszych OWU;

25) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił:

   a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;

   b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego pracownika do dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;

   c) w czasie odbywania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt. a) – b).

   Za nieszczęśliwy wypadek przy pracy nie uznaje się sytuacji, gdy wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych. Wystąpienie nieszczęśliwego wypadku przy pracy musi być potwierdzone protokołem ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartą wypadku, sporządzonymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za nieszczęśliwy wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

26) **niewydolność nerek** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: N18-N18.9;

27) **nowotwór złośliwy** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: C00-C97, za wyjątkiem nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ);

28) **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;

29) **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: ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 5) niniejszych OWU, ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 6) niniejszych OWU, ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 8) niniejszych OWU, ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 9) niniejszych OWU, ubezpieczenia opieki medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 11) niniejszych OWU, ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 12) niniejszych OWU, w których ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez 24 godziny na dobę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

30) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze;

31) **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, trwającej nieprzerwanie co najmniej 48 godzin;

32) **okres świadczenia** – w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, okres, w którym Ubezpieczyciel, w wyniku uznania roszczenia wypłaca świadczenia Ubezpieczonemu - począwszy od dnia uzyskania przez Ubezpieczonego statusu osoby bezrobotnej do dnia podjęcia przez Ubezpieczonego pracy lub podjęcia działalności gospodarczej, jednak nie dłużej niż przez okres 4 miesięcy;

33) **oparzenie** – głębokie termiczne i/lub chemiczne oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 15% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według „Reguły dziesiątek" lub tabeli Lunda i Brondera;

34) **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;

35) **operacja wtórna** – każda kolejna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą;

36) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, konkubent, rodzeństwo, rodzice, dziadkowie, rodzeństwo rodziców, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego;

37) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata funkcji ruchowej co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G81 – G.83.0;

38) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa, ani przysposobienia, zamieszkująca pod tym samym adresem przez okres co najmniej dwóch lat, wskazana imiennie w deklaracji przystąpienia, pod warunkiem, iż Ubezpieczony oraz partner nie pozostają w związku małżeńskim z innymi osobami;

39) **pobicie** – czynna napaść dwóch lub więcej osób na inną osobę lub osoby, w której występuje wyraźny podział ról na napastników i broniących się;

40) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, trwający przez okres co najmniej trzech dni;

41) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, które wykonują działalność leczniczą w rodzaju świadczenia zdrowotne w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

42) **podróż** – wyjazd, powrót i pobyt Ubezpieczonego poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, przy czym podróż uznaje się za rozpoczętą z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, przy wyjeździe poza w/w terytorium, a zakończoną z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, przy powrocie na w/w terytorium, z tym, że:
   a) w przypadku komunikacji lotniczej przekroczenie granicy następuje w chwili startu samolotu z ostatniego lotniska w Rzeczpospolitej Polskiej, a w drodze powrotnej, w chwili lądowania samolotu na pierwszym lotnisku w Rzeczpospolitej Polskiej,

b) w przypadku komunikacji morskiej przekroczenie granicy następuje w chwili wyjścia statku/promu z portu polskiego, a w drodze powrotnej w chwili wejścia statku/promu do portu polskiego;

43) **pojazd** – w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, w ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o których mowa w §4 ust. 1 pkt. 1), w §4 ust. 2 pkt. 2), 3) i 5), w rozumieniu niniejszych OWU za pojazd uznaje się wyłącznie samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym, a także pojazdy kolejowe, takie jak metro i pociąg wykonujący przewozy pasażerskie w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28.03.2003 r. Prawo o transporcie kolejowym;

44) **poliomyelitis** – choroba wywołana wirusem polio (wirus zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego);

45) **pomostowanie naczyń wieńcowych** – operacja kardiochirurgiczna mająca na celu korektę zwężonych lub niedrożnych naczyń wieńcowych wraz z założeniem pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) zakwalifikowana przez lekarza specjalistę zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych ICD-9 jako kod 36.1;

46) **poważne zachorowanie** – wyłącznie poniżej wymienione choroby, które wystąpiły lub zostały zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej: choroba Creutzfeldta-Jacoba, niewydolność nerek, paraliż, śpiączka, udar mózgu, zawał serca, zakażenie wirusem HIV, nowotwór złośliwy, utrata mowy, słuchu, wzroku, poliomyelitis, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane. Za poważne zachorowanie uważa się również transplantację głównych organów, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych;

47) **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 dm3 w wydychanym powietrzu;

48) **pracodawca** – jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, o ile zatrudnia pracowników;

49) **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. Za pracownika uważa się również osobę, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym np. stowarzyszenia, izby, związku (o ile umowa ubezpieczenia zawarta jest na rachunek tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, wspólnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek pracowników tego przedsiębiorstwa);

50) **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;

51) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objecie ochroną ubezpieczeniową zgłoszonej do umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego osoby fizycznej na podstawie wypełnionej i podpisanej przez niego deklaracji przystąpienia; objecie ochroną ubezpieczeniową następuje z pierwszym dniem miesiąca, następującym po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin;

52) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi, udzielane przez osoby uprawnione do udzielania w/w świadczeń, realizowane metodą kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

53) **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, kajakarstwo górskie, szybownictwo spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykitting, 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;

54) **stałe źródło dochodu** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, kontraktu menadżerskiego,

55) **stwardnienie rozsiane** – choroba rozpoznana przez lekarza specjalistę i zakwalifikowana zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G35;

56) **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;

57) **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;

58) **śpiączka** – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, doprowadzający do trwałych deficytów neurologicznych powodujących upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż stan śpiączki musi trwać dłużej niż 60 dni. Za śpiączkę w rozumieniu niniejszej definicji nie uznaje się stanu śpiączki wywołanej lub przedłużanej farmakologicznie w celach terapeutycznych;

59) **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;

60) **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;

61) **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;

62) **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;

63) **świadczenie miesięczne** – w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, kwota pieniężna wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia Ubezpieczonego, powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które jest objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela;

64) **świadczenie szpitalne** – świadczenie 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;

65) **świadczenie zdrowotne** – świadczenie w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;

66) **transplantacja głównych organów** – przebycie jako biorca operacji przeszczepu serca, płuc, wątroby lub jej części, nerki lub przeszczepu szpiku kostnego;

67) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;

68) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez UBEZPIECZYCIELA z Ubezpieczającym, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ubezpieczenia wynosi co najmniej 3 osoby, z zastrzeżeniem postanowień w §11 ust. 3;

69) **Ubezpieczony** – zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową przez UBEZPIECZYCIELA nie ukończyła 69 lat, a w przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, nie ukończyła 67 lat.

    Osoba, która wystąpiła z umowy ubezpieczenia grupowego może indywidualnie kontynuować ubezpieczenie grupowe, ale z zastrzeżeniem, że w przypadku osoby, która w dniu zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat zastosowanie mają postanowienia §4 ust.3 oraz postanowienia §11 ust. 6- 9;

70) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;

71) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia osoby Uprawnionej, 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);

72) **uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;

73) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją lekarza specjalisty. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;

74) **utrata pracy** – w rozumieniu niniejszych OWU:

a) rozwiązanie stosunku pracy, rozwiązanie kontraktu menedżerskiego w rozumieniu przepisów prawa pracy, z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał statusu osoby bezrobotnej lub

b) rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia przez Ubezpieczonego z przyczyny, iż wydane zostało orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przeniósł go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej lub

c) rozwiązanie stosunku pracy bez wypowiedzenia przez Ubezpieczonego z przyczyny, iż pracodawca ciężko naruszył podstawowe obowiązki wobec pracownika polegające na braku wypłaty wynagrodzenia w ustalonym terminie przez okres dłuższy niż 2 miesiące, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej lub

d) w przypadku Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę przez osoby bliskie prowadzące działalność gospodarczą na podstawie wpisu do centralnej ewidencji działalności gospodarczej: rozwiązanie stosunku pracy, w rozumieniu przepisów prawa pracy, z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego w związku z zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej i wyrejestrowaniem jej z właściwego rejestru, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał statusu osoby bezrobotnej;

75) **utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat choroby lub nieszczęśliwego wypadku;

76) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) powstała na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, że o trwałości schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od daty jego wystąpienia. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez lekarza okulistę. Definicja utraty wzroku nie obejmuje utraty zdolności widzenia, która może zostać skorygowana w trakcie postępowania medycznego np. zabiegu operacyjnego;

77) **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);

78) **współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczeniową pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim oraz nie została w stosunku do niej orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

79) **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;

80) **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;

81) **wypadek komunikacyjny przy pracy** – 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:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego pracodawcy czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;

b) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;

c) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt. a)- b).

Za wypadek komunikacyjny przy pracy nie uznaje się sytuacji, gdy wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych.

Wystąpienie wypadku komunikacyjnego przy pracy musi być potwierdzone protokołem ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartą wypadku sporządzonymi zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek komunikacyjny przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;

82) **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;

83) **wystąpienie z ubezpieczenia** – oświadczenie woli Ubezpieczającego o rezygnacji osoby fizycznej z ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia grupowego skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym osoba została zgłoszona przez Ubezpieczającego jako rezygnująca z ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający zastrzegł późniejszy termin rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;

84) **zakażenie wirusem HIV** – w rozumieniu niniejszych OWU, zakażenie w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywanym zawodem, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

85) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;

86) **sanatorium uzdrowiskowe** – rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w rozumieniu Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych;

87) **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, a także choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także utrata stałego źródła dochodu wskutek utraty pracy, która miała miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, umowa ubezpieczenia obejmuje następujące rodzaje ubezpieczeń (zakres obligatoryjny):
   1) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 1 niniejszych OWU,
   2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 2 niniejszych OWU, lub
   3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 3 niniejszych OWU.
2. Stosownie do wniosku Ubezpieczającego, jak również w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, za opłatą dodatkowej składki, umowa ubezpieczenia może zostać rozszerzona o dowolnie wybrane rodzaje ubezpieczeń (zakres dobrowolny):
   1) ubezpieczenie utraty pracy, o którym mowa w §8 ust. 4 niniejszych OWU,
   2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 5 niniejszych OWU,
   3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 6 niniejszych OWU,
   4) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o którym mowa w §8 ust. 7 niniejszych OWU,
   5) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 8 niniejszych OWU,
   6) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §8 ust. 9 niniejszych OWU,
   7) ubezpieczenie poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 10 niniejszych OWU,
   8) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 11 niniejszych OWU,
   9) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §8 ust. 12 niniejszych OWU,

10) ubezpieczenie kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §8 ust. 13 niniejszych OWU,

11) ubezpieczenie opieki medycznej, o którym mowa w §8 ust. 14 niniejszych OWU,

12) ubezpieczenie assistance medycznego, o którym mowa w §8 ust. 15 niniejszych OWU.

3. W przypadku ubezpieczenia osoby, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat, umowa ubezpieczenia może obejmować wyłącznie następujące rodzaje ubezpieczeń:

1) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 1 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt. 1),

2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §8 ust. 3 niniejszych OWU,

3) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera, o którym mowa w §8 ust. 5 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt. 2),

4) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 6 niniejszych OWU,

5) ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 8 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt. 3),

6) ubezpieczenie poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §8 ust. 10 pkt. 1) niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień w §6 ust. 7 pkt. 4),

7) ubezpieczenie operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §8 ust. 11 niniejszych OWU.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEPZIECZENIOWĄ

§5

1. Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby fizyczne zamieszkałe i zatrudnione w Polsce.

2. Przystąpienie do ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, następuje po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) złożeniu przez nią pisemnej deklaracji przystąpienia na objęcie ochroną ubezpieczeniową wraz z pisemnym oświadczeniem, że nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy zawartego na podstawie kodeksu pracy w oparciu o umowę pracy lub kontraktu menedżerskiego,

2) zgłoszeniu do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego celem objęcia ochroną ubezpieczeniową w sposób określony w niniejszych OWU oraz umowie ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§6

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 dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,

4) chorobami, których pierwsze objawy wystąpiły lub które zostały zdiagnozowane przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego, za wyjątkiem ubezpieczenia opieki medycznej, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 11) niniejszych OWU,

5) przeszczepem organów, jeśli Ubezpieczony był dawcą,

6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu,

7) 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,

8) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,

9) bójką,

10) pobiciem, za wyjątkiem sytuacji, w której Ubezpieczony występuje w charakterze broniącego się,

11) chorobą zawodową, chorobą psychiczną, chorobą przewlekłą,
12) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
13) zawałem serca lub udarem mózgu, wyłącznie w przypadku osoby, która w dniu objęcia ochrona ubezpieczeniową miała ukończone 65 lat,
14) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego,
15) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
16) operacją wtórną,
17) pozostawaniem 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.
20) sterylizacją oraz antykoncepcją operacyjną,
21) chirurgią szczękową, chirurgią zwiadowczą i eksperymentalną,
22) leczeniem bezpłodności lub niepłodności,
23) żylakami,
24) wykonywaniem profilaktycznych badań, niewynikających z choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz niezaleconych przez lekarza,
25) zmianą płci, chirurgią plastyczną i kosmetyczną, za wyjątkiem leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku,
26) Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanymi z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS, za wyjątkiem sytuacji, w których zakażenie wirusem HIV nastąpiło w okolicznościach opisanych w §2 pkt. 83),
27) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dn. 29 lipca 2005 r. przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2005 r. Nr 179 poz. 1485 z późn. zm.).

2. W przypadku ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA jest wyłączona, gdy:
   1) rozwiązanie stosunku pracy z Ubezpieczonym nastąpiło w drodze porozumienia stron,
   2) rozwiązanie stosunku pracy z Ubezpieczonym nastąpiło w związku z ustawą z dnia 13 marca 2003 „O szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników",
   3) wypowiedzenie lub rozwiązanie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego nastąpiło w okresie od dnia podpisania deklaracji przystąpienia do dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową z uwzględnieniem karencji, o której mowa w §7 ust. 1 pkt. 1) niniejszych OWU,
   4) z Ubezpieczonym pracodawca rozwiązał stosunek pracy za wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia, z winy Ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów prawa pracy (art. 52 kodeksu pracy),
   5) z Ubezpieczonym rozwiązano kontrakt menedżerski z przyczyn analogicznych do rozwiązania stosunku pracy z winy Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu pracy (art. 52 kodeksu pracy),
   6) z Ubezpieczonym został rozwiązany stosunek pracy lub wygasł kontrakt menedżerski z upływem czasu na jaki był zawarty,
   7) rozwiązanie stosunku pracy lub kontraktu menadżerskiego nastąpiło na wniosek Ubezpieczonego lub wskutek przejścia na emeryturę lub rentę,
   8) rozwiązanie stosunku pracy lub kontraktu menadżerskiego nastąpiło bez wypowiedzenia w związku z popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   9) stosunek pracy lub kontrakt menedżerski wygasł.

3. W przypadku ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 5) i 6) niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
   1) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
   2) leczeniem otyłości, ubytkami wagi ciała, skutkami kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
   3) leczeniem i zabiegami dentystycznymi, chyba że wynikają one z obrażeń odniesionych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
   4) leczeniem odwykowym,

5) pobytem w sanatorium uzdrowiskowym,

6) rehabilitacją zaleconą w związku z wypadkiem lub chorobą.

4. W przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 10) niniejszych OWU, z uwzględnieniem wyłączeń określonych w ust. 1 niniejszego paragrafu, dodatkowo UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:

1) niezastosowaniem się do zaleceń lekarza dotyczących konieczności poddania się leczeniu, a także jeżeli przerwano leczenie lub pobyt w szpitalu na własne życzenie, mimo zaleceń lekarza co do jego kontynuacji,

2) leczeniem przekraczającym zakres niezbędny dla przywrócenia zdrowia Ubezpieczonego do stanu umożliwiającego powrót Ubezpieczonego do kraju,

3) epilepsją, śpiączką cukrzycową.

5. W przypadku ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 10) niniejszych OWU, ochrona ubezpieczeniowa ponadto nie obejmuje:

1) kosztów, których wysokość nie przekracza 30 EURO – franszyza integralna,

2) kosztów zakupu środków antykoncepcyjnych,

3) kosztów lekarstw przepisanych lub zażywanych przed rozpoczęciem podróży objętej ubezpieczeniem,

4) kosztów wszelkiego rodzaju zabiegów lub pobytów w zakładach poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej spełniających funkcję: domów opieki, sanatoriów, zakładów rehabilitacyjnych, ośrodków leczenia odwykowego, w rozumieniu przepisów prawa danego kraju.

6. W przypadku ubezpieczenie assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 12) niniejszych OWU, UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za:

1) zdarzenia, 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.

7. W przypadku osoby, która w dniu zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego miała ukończone 65 lat:

1) w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 1) niniejszych OWU, nie przysługują świadczenia, o których mowa w §8 ust. 1 pkt. 2) – 4) niniejszych OWU,

2) w ubezpieczeniu nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 2) niniejszych OWU, nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci partnera oraz nie przysługuje świadczenie, o którym mowa w §8 ust. 5 pkt. 2) niniejszych OWU,

3) w ubezpieczeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 5) niniejszych OWU, nie przysługują świadczenia, o których mowa w §8 ust. 8 pkt. 2) – 5) niniejszych OWU,

4) w ubezpieczeniu poważnych zachorowań Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 7) niniejszych OWU, ochroną ubezpieczeniowa objęte są wyłącznie poważne zachorowania wymienione w opcji I, o których mowa w §8 ust. 10 pkt. 1) niniejszych OWU.

§7

1. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu:

1) ubezpieczenia utraty pracy, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 30 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,

2) ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 6) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,

3) ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 7) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 60 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,

4) ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 9) niniejszych OWU, rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji, która wynosi 90 dni licząc od pierwszego dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.

2. UBEZPIECZYCIEL nie stosuje karencji, w przypadku:

1) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 70% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 21 do 29 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,

2) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 50% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 30 do 49 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
3) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 30% zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, iż łączna liczba zatrudnionych pracowników liczy od 50 do 69 osób, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
4) gdy Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego w ramach niniejszych OWU dla co najmniej 70 zatrudnionych pracowników, w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego, bez względu na łączna liczbę zatrudnionych pracowników, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
5) przedłużenia umowy ubezpieczenia na następny dwunastomiesięczny okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniem §10 ust. 5,
6) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem postanowień §11 ust. 6 -8,
7) osób nowozatrudnionych przez Ubezpieczającego, które w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty zatrudnienia podpiszą deklaracje przystąpienia i zostaną zgłoszeni przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, wyłącznie w sytuacji, gdy UBEZPIECZYCIEL w umowie ubezpieczenia grupowego odstąpił od stosowania karencji, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU,
8) gdy Ubezpieczający udokumentował fakt objęcia ochroną w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z innym Zakładem Ubezpieczeń poprzez dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia: kopii umowy ubezpieczenia, w której został określony zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia oraz dowodu opłaty składki za okres 6 miesięcy poprzedzających objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy, w którym obowiązuje karencja zgodnie z niniejszymi OWU.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§8

1. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługuje:
   1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku,** który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem zawału serca lub udaru mózgu,** który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty zawału serca lub udaru mózgu, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt. 13),
   2) dodatkowe świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku przy pracy**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty nieszczęśliwego wypadku,
   3) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty wypadku komunikacyjnego,
   4) dodatkowe świadczenie w wysokości 60% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego przy pracy** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w ciągu 1 roku od daty wypadku komunikacyjnego,
   5) wyłącznie jedno z świadczeń dodatkowych określonych w pkt. 2) – 4).
2. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń**, Ubezpieczonemu przysługuje:
   1) w przypadku **100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 500% sumy ubezpieczenia** określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,
   2) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu poniżej 20% lub w wysokości 20%** – wypłata takiego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,
   3) w przypadku **uszczerbku na zdrowiu przekraczającego 20%** – taki procent sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu, pomnożony przez odpowiedni współczynnik progresji wynoszący:

a) 1,4 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 21 % - 40%,

b) 1,8 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 41 % - 60%,

c) 2,5 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 61 % - 80%,

d) 3,5 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 81 % - 90%,

e) 5,0 – w przypadku uszczerbku na zdrowiu w przedziale: 91 % - 100%,

4) zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, 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 Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

5) zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, 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 o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

3. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku z proporcjonalnym systemem wypłaty świadczeń**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) w przypadku 100% uszczerbku na zdrowiu – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,

2) w przypadku uszczerbku na zdrowiu poniżej 100% – świadczenie w ramach systemu świadczeń proporcjonalnych tj. wysokość świadczenia określona jest w takim procencie sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał uszczerbku na zdrowiu,

3) zwrot kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, 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 Rzeczpospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;

4) zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, 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 o celowości przekwalifikowania zawodowego osoby niepełnosprawnej,

b) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku.

4. W ramach **ubezpieczenia utraty pracy**, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje wypłata świadczenia miesięcznego w wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia przez okres maksymalnie 4 miesięcy, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie zawarł nowego stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego lub nie podjął działalności gospodarczej.

5. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługuje:

1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku,** który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem zawału serca lub udaru mózgu**, który wydarzył się w trakcie

trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt. 13),

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego**, związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

6. W ramach **ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego**, Uprawnionemu przysługuje:

1) świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego była **następstwem nieszczęśliwego wypadku**, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Uprawnionemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia, jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego była następstwem zawału serca lub udaru mózgu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowienia §6 ust. 1 pkt. 13),

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia - jeżeli śmierć dziecka Ubezpieczonego była **następstwem wypadku komunikacyjnego** związanego z ruchem pojazdu, który wydarzył się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i śmierć nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

7. W ramach **ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy**, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 0,20% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, będącego pracownikiem, zatrudnionym przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, trwającej minimum 30 dni w sposób ciągły i nieprzerwany, począwszy od 30 dnia krótkotrwałej niezdolności do pracy, powstałej w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż za 120 dni krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ciągu okresu ubezpieczenia.

8. W ramach **ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

3) dodatkowe świadczenie w wysokości 100% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania w oddziale OIOM/ OIT będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

4) świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

5) świadczenie w wysokości 20% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym tj. pobyt w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczął się w okresie 30 dni od dnia wypisu ze szpitala i pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest kontynuacją leczenia szpitalnego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,

6) wyłącznie jedno z świadczeń dodatkowych określonych w pkt. 2) – 3),

7) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1)-5), jednak nie więcej niż za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia.

9. W ramach **ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku kolejnych, następujących po sobie pobytów w szpitalu w związku z tą samą chorobą Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od pierwszego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

2) dodatkowe świadczenie w wysokości 100% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania w oddziale OIOM/ OIT w wyniku choroby. Dodatkowe świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

3) świadczenie w wysokości 50% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu w związku z zaleconą rehabilitacją w wyniku choroby. Świadczenie przysługuje za okres nie dłuższy niż 14 dni,

4) świadczenie w wysokości 20% świadczenia za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1), za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem przebywania Ubezpieczonego w szpitalu uzdrowiskowym, bezpośrednio po leczeniu szpitalnym tj. pobyt w szpitalu uzdrowiskowym rozpoczął się w okresie 30 dni od dnia wypisu ze szpitala i pobyt w szpitalu uzdrowiskowym jest kontynuacją leczenia szpitalnego będącego wynikiem choroby,

5) świadczenie za dzień pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1)-4), jednak nie więcej niż za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu okresu ubezpieczenia.

10. W ramach **ubezpieczenia poważnych zachorowań Ubezpieczonego**, Ubezpieczonemu przysługuje:

1) **w opcji I** - świadczenie z tytułu następujących poważnych zachorowań: choroba Creutzfeldta-Jakoba, paraliż, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia,

2) **w opcji II** - świadczenie z tytułu następujących poważnych zachorowań: choroba Creutzfeldta-Jakoba, paraliż, oparzenie, pomostowanie naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, śpiączka, transplantacja głównych organów, zakażenie wirusem HIV, nowotwór złośliwy, zawał serca, udar mózgu, poliomyelitis, anemia aplastyczna, stwardnienie rozsiane, w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

11. W ramach **ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

12. W ramach **ubezpieczenia operacji Ubezpieczonego w wyniku choroby**, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie z tytułu operacji w wyniku choroby, którą przeszedł Ubezpieczony podczas co najmniej trzydniowego pobytu w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i która została wyszczególniona w TABELI NR 1, w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla tego ubezpieczenia.

TABELA NR 1

Lp.	RODZAJ OPERACJI	Wysokość świadczenia
1.	**UKŁAD NERWOWY**	
1.1	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	100%
1.2	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	70%
1.3	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	50%
1.4	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100%
	Rdzeń kręgowy	
1.5	Operacje rdzenia kręgowego	70%
1.6	Operacje korzeni nerwów rdzeniowych	50%
	Nerwy obwodowe	
1.7	Operacje nerwu obwodowego	20%
2.	**UKŁAD WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO**	
	Przysadka i szyszynka	
2.1	Wycięcie przysadki całkowite lub częściowe	100%
2.2	Operacje szyszynki	100%
	Inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	
2.3	Operacje tarczycy	50%
2.4	Operacje grasicy	50%
2.5	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	50%
	Sutek	
2.6	Całkowita amputacja sutka	70%

2.7	Kwadrantektomia	20%
3.	**OKO**	
	Oczodół	
3.1	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	50%
3.2	Wszczepienie protezy oka	20%
	Siatkówka	
3.3	Odklejenie siatkówki - leczenie fotokoagulacją	70%
3.4	Zniszczenie zmiany siatkówki	50%
	Mięśnie oka	
3.5	Operacje mięśni oka	50%
	Rogówka	
3.6	Zeszycie rogówki oka	10%
3.7	Usunięcie ciała obcego z rogówki	10%
	Twardówka i tęczówka	
3.8	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	20%
3.9	Wycięcie tęczówki	20%
	Komora przednia gałki ocznej i soczewka	
3.10	Wycięcie ciała rzęskowego	20%
3.11	Wycięcie soczewki (zewnątrz - lub wewnątrztorebkowe)	20%
4.	**UCHO**	
	Wyrostek sutkowaty i ucho środkowe	
4.1	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	70%
4.2	Operacje wyrostka sutkowego	50%
4.3	Operacje naprawcze błony bębenkowej	50%
5.	**UKŁAD ODDECHOWY**	
	Nos	
5.1	Amputacja (resekcja) nosa	50%
	Zatoki przynosowe	
5.2	Operacje zatoki szczękowej	10%
5.3	Operacje zatoki czołowej	10%
5.4	Operacje zatoki klinowej i sitowej	10%
	Krtań	
5.5	Wycięcie krtani	70%
	Tchawica i drzewo oskrzelowe	
5.6	Częściowe wycięcie tchawicy	100%
5.7	Tracheostomia	20%
5.8	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych	10%
	Płuca	
5.9	Przeszczep płuca	100%
5.10	Operacje płuca	100%
6.	**JAMA USTNA**	
6.1	Operacja języka	20%
6.2	Wycięcie migdałków podniebiennych	10%
6.3	Wycięcie ślinianki	20%
6.4	Usunięcie kamienia ze światła ślinianki i przewodu ślinianki	10%
7.	**GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO**	
	Przełyk	
7.1	Operacje żylaków przełyku	20%
	Żołądek	
7.2	Całkowite wycięcie żołądka	70%
7.3	Częściowe wycięcie żołądka	50%

7.4	Operacje wrzodu żołądka	50%
7.5	Zespolenie żołądkowo-jelitowe	50%
	Dwunastnica	
7.6	Wycięcie dwunastnicy	50%
7.7	Operacje wrzodu dwunastnicy	50%
	Jelito czcze	
7.8	Wycięcie jelita czczego	50%
7.9	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	50%
7.10	Zespolenie omijające jelito czcze	50%
	Jelito kręte	
7.11	Wycięcie jelita krętego	50%
7.12	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	50%
7.13	Zespolenie omijające jelito kręte	50%
8.	**DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO**	
	Wyrostek robaczkowy	
8.1	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	10%
	Okrężnica	
8.2	Całkowite lub częściowe wycięcie okrężnicy	100%
	Odbytnica	
8.3	Wycięcie odbytnicy	100%
9.	**INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ - GŁÓWNIE UKŁADU POKARMOWEGO**	
	Wątroba	
9.1	Przeszczep wątroby	100%
9.2	Częściowe wycięcie wątroby	70%
	Trzustka	
9.3	Przeszczep trzustki	100%
9.4	Całkowite lub częściowe wycięcie trzustki	50%
10.	**SERCE**	
10.1	Operacje na otwartym sercu	100%
10.2	Pomostowanie aortalno-wieńcowe	100%
10.3	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	70%
10.4	Wszczepienie rozrusznika/stymulatora	50%
10.5	Drenaż osierdzia	70%
	Aorta	
10.6	Operacja tętniaka aorty	100%
10.7	Zabiegi operacyjne aorty	70%
	Tętnice mózgowe	
10.8	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	100%
	Odgałęzienia aorty brzusznej	
10.9	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej	100%
	Tętnica biodrowa i tętnica udowa	
10.10	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	100%
10.11	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej	50%
10.12	Operacja tętniaka tętnicy udowej	100%
10.13	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej	50%
11.	**UKŁAD MOCZOWY**	
	Nerki	
11.1	Przeszczep nerki	70%
11.2	Całkowite wycięcie nerki	70%
11.3	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	10%
11.4	Otwarta naprawcza operacja nerki	50%

	Moczowód	
11.5	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	10%
11.6	Wycięcie moczowodu	50%
11.7	Odprowadzenie moczu przez przetokę	70%
11.8	Operacja naprawcza moczowodu	50%
11.9	Operacja ujścia moczowodu	20%
	Pęcherz moczowy	
11.10	Wycięcie zmiany w obrębie pęcherza moczowego	50%
11.11	Całkowite lub częściowe wycięcie pęcherza moczowego	70%
11.12	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego z dostępu brzusznego i/lub przezpochwowego u kobiet	50%
11.13	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
11.14	Endoskopowe zabiegi ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	50%
	Gruczoł krokowy (prostata)	
11.15	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	50%
	Cewka moczowa	
11.16	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	10%
11.17	Operacje ujścia cewki moczowej	10%
12.	**MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE**	
	Jądra	
12.1	Obustronne lub jednostronne wycięcie jąder	20%
12.2	Obustronna implantacja jąder do moszny	50%
12.3	Proteza jądra	20%
	Powrózek nasienny	
12.4	Operacje najądrza	20%
12.5	Operacje nasieniowodu	10%
12.6	Operacja żylaków powrózka nasiennego	10%
	Prącie	
12.7	Amputacja prącia	20%
12.8	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	10%
12.9	Proteza prącia	20%
13.	**ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE**	
	Pochwa	
13.1	Wycięcie pochwy	10%
13.2	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	10%
	Macica	
13.3	Amputacja szyjki macicy	20%
13.4	Usunięcie macicy	20%
	Jajowód	
13.5	Obustronne wycięcie jajowodów	20%
13.6	Jednostronne wycięcie jajowodów	10%
13.7	Częściowe wycięcie jajowodu	10%
	Jajnik	
13.8	Wycięcie jajnika jedno- lub obustronne	20%
13.9	Operacje jajnika (za wyjątkiem torbieli jajnika)	10%
14.	**TKANKI MIĘKKIE**	
	Ściana klatki piersiowej, opłucna i przepona	
14.1	Operacje z otwarciem klatki piersiowej	50%
14.2	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
	Ściana brzucha	
14.3	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	10%

14.4	Operacja przepukliny udowej	20%
14.5	Operacja przepukliny pępkowej oraz brzusznej	10%
14.6	Otwarcie jamy brzusznej (za wyjątkiem laparotomii zwiadowczej)	20%
	Ścięgna	
14.7	Pierwotna operacja ścięgna	20%
14.8	Zmiana długości ścięgna	10%
	Mięśnie	
14.9	Operacja mięśnia	10%
	Wiązadła	
14.10	Rekonstrukcja wiązadeł stawu kolanowego	20%
15.	**KOŚCI I STAWY CZASZKI I KRĘGOSŁUPA**	
	Kości i stawy czaszki i twarzy	
15.1	Kraniotomia - otwarcie czaszki	100%
15.2	Nastawienie złamania kości twarzoczaszki	20%
15.3	Stabilizacja złamania żuchwy	20%
	Kości i stawy kręgosłupa	
15.4	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w każdym odcinku	100%
15.5	Operacyjne leczenie złamania kompresyjnego kręgu - jednego lub więcej	50%
15.6	Pierwotne zespolenie/usztywnienie (artrodeza) kręgów w odcinku szyjnym	70%
15.7	Pierwotne zespolenie/usztywnienie (artrodeza) kręgów w innym odcinku	50%
15.8	Odbarczenie złamania kręgosłupa	50%
15.9	Stabilizacja złamania kręgosłupa	50%
16.	**INNE KOŚCI I STAWY**	
	Złamania kości	
16.1	Zespolenia, przeszczep kości w leczeniu złamań wieloodłamowych	20%
16.2	Operacyjne leczenie złamania kości:	
16.2.1	Podudzia – kość strzałkowa i piszczelowa	10%
16.2.2	Kolana	10%
16.2.3	Udowej	20%
16.3	Przedramienia - kość łokciowa i promieniowa	10%
16.4	Ramiennej	10%
16.5	Obręczy barkowej	10%
16.6	osteotomia przecięcie kości	20%
	Amputacje	
16.7	Amputacja w zakresie ramienia, przedramienia	50%
16.8	Amputacja ręki: nadgarstka, dłoni, palców	20%
16.9	Amputacja nogi	50%
16.10	Amputacja stopy	20%
16.11	Amputacja palucha, palców stopy	10%
17.	**OPERACJE DOTYCZĄCE STAWÓW**	
	Wycięcie, umocowanie w stawie:	
17.1	łokciowym, nadgarstka, skokowym	10%
17.2	barkowym, biodrowym, kolanowym	10%

13. W ramach **ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży**, Ubezpieczonemu przysługuje:
    1) pokrycie niezbędnych z medycznego punktu widzenia i udokumentowanych kosztów leczenia, poniesionych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, do których zalicza się:
        a) koszty leczenia prowadzonego w szpitalu,
        b) operacje, zabiegi,
        c) usługi świadczone przez pogotowie ratunkowe,
        d) leczenie ambulatoryjne,

e) honoraria lekarskie,

f) koszty leczenia prowadzonego poza szpitalem, pod stałą kontrolą lekarza, w tym: badania laboratoryjne, przewóz karetką pogotowia, zabiegi dentystyczne, gdy konieczność leczenia jest następstwem nieszczęśliwego wypadku lub nagłego stanu bólowego, z zastrzeżeniem że odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA ogranicza się do wysokości 150 EURO w czasie jednego pobytu poza granicami kraju,

w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywając poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej musiał bezzwłocznie poddać się leczeniu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem do wysokości 10.000 EURO,

2) pokrycie udokumentowanych kosztów pomocy w podróży w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywając poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej musiał bezzwłocznie poddać się leczeniu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, do wysokości 10.000 EURO, z uwzględnieniem limitów, o których mowa w lit. d). Koszty pomocy w podróży obejmują wyłącznie:

a) transport chorego Ubezpieczonego za granicą – Centrum Assistance zapewni Ubezpieczonemu transport między najbliższymi zakładami medycznymi, których wyposażenie zapewni właściwe leczenie. Tylko Centrum Assistance w porozumieniu z lekarzem udzielającym pomocy Ubezpieczonemu dokonuje wyboru odpowiedniego środka transportu najbardziej odpowiedniego do stanu zdrowia Ubezpieczonego,

b) transport chorego Ubezpieczonego do kraju - UBEZPIECZYCIEL pokryje wszystkie niezbędne i uzasadnione koszty przewozu chorego Ubezpieczonego do Polski, przy zachowaniu następujących warunków:

i. lekarz prowadzący leczenie wyrazi pisemną zgodę na transport Ubezpieczonego do Polski,

ii. Centrum Assistance organizuje przewóz Ubezpieczonego,

c) transport zwłok Ubezpieczonego do kraju - w przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie podróży poza granicami Polski, Centrum Assistance zorganizuje transport zwłok Ubezpieczonego do dotychczasowego miejsca jego zamieszkania w Polsce oraz pokryje koszty zakupu trumny,

d) koszt podróży i pobytu członka rodziny Ubezpieczonego do wysokości 1.000 EURO - jeżeli w trakcie odbywania przez Ubezpieczonego podróży poza granicami Polski ulegnie on nieszczęśliwemu wypadkowi lub chorobie i stan zdrowia nie pozwoli mu na powrót do domu, UBEZPIECZYCIEL zapewni Ubezpieczonemu świadczenie na poczet dodatkowych kosztów podróży i pobytu członka rodziny w kraju zdarzenia. Dodatkowe koszty podróży i pobytu oznaczają uzasadnione koszty (bilety klasy ekonomicznej) poniesione przez członka rodziny, który zgodnie z zaleceniami lekarza pojedzie do Ubezpieczonego w celu zaopiekowania się nim, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność ogranicza się:

i. do pobytu do 7 dni w wysokości do 100 EURO za jeden dzień pobytu,

ii. do wysokości kosztów odpowiadającej kosztom podróży z Polski.

3) w okresie ubezpieczenia ochronę ubezpieczeniową na jednorazowy pobyt Ubezpieczonego poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej trwający nie dłużej niż 30 dni.

14. W ramach **ubezpieczenia opieki medycznej**, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot kosztów świadczeń medycznych wyszczególnionych w TABELI nr 2, które zostały poniesione w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z definicją zawartą w §2 pkt. 41) niniejszych OWU, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i powstały w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w związku z leczeniem:

1) w ramach opcji I - następstw nieszczęśliwych wypadków,

2) w ramach opcji II - następstw nieszczęśliwych wypadków lub chorób.

TABELA nr 2

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE	
1. PORADY LEKARSKIE	
	Lekarza rodzinnego
	Internisty
	Pediatry
	Chirurga
	Endokrynologa
	Gastrologa
	Ginekologa/położnika
	Kardiologa
	Nefrologa
	Neurologa
	Okulisty
	Ortopedy
	Laryngologa

	Pulmonologa
	Urologa
2 **BADANIA KRWI**	
1) **Enzymatyczne**	AlAT
	Amylaza
	AspAT
	Fosfataza kwaśna
	Fosfataza kwaśna - frakcja sterczowa
	Fosfataza zasadowa alfa
	GGTP
	Kinaza kreatynowa (CPK, CK)
	Kinaza kreatynowa frakcja sercowa (CPK, CK – MB)
	LDH
	Lipaza
2) **Jony**	Fosforany (F)
	Magnez (Mg)
	Potas (K)
	Sód (Na)
	Wapń całkowity (Ca)
	Żelazo(Fe)
3) **Biochemiczne**	Albuminy
	Białko całkowite
	Bilirubina bezpośrednia
	Bilirubina całkowita
	Całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)
	Cholesterol całkowity
	Cholesterol HDL
	C-peptyd
	Glukoza
	Hemoglobina glikolizowana
	Kreatynina
	Kwas moczowy
	Mocznik
	Proteinogram
	Test doustnego obciążenia glukozą
	Trójglicerydy
4) **Morfologia i układ krzepnięcia**	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
	Czas protrombinowy (Wskaznik Quicka)
	Fibrynogen
	Morfologia z rozmamem
	Przeciwciała anty-Rh
5) **Hormonalne**	Aldosteron
	Estradiol
	FSH
	FT3
	FT4
	Insulina
	Kortyzol
	LH
	Progesteron
	Prolaktyna (PRL)
	T3
	T4
	Testosteron
	TSH
6) **Przeciwnowotworowe**	AFP

	CEA
	PSA
	S-DHEA
	Przeciwciała anty-TPO (przeciwmikrosomalne)
	Przeciwciała anty-TG
7) **Serologiczne i immunologiczne**	IgA
	IgG
	IgM
	WZW t. B - Antygen HBe
	WZW t. B - Antygen HBs
8) **Inne badania krwi**	ASO
	Beta HCG w surowicy
	C3 składnik dopełniacza
	C4 składnik dopełniacza
	CRP
	Czynnik reumatoidalny (Odczyn Waalera-Rosego)
	Komórki LE
	OB
9) **Badania rentgenowskie**	Kość piętowa
	Kość ramienna -AP i L
	Kość udowa
	Kości podudzia -AP i L
	Kości przedramienia -AP i L
	Kości ręki -PA -zdjęcie porównawcze rąk
	Kości stopy -AP
	Kręgosłup lędźwiowy - krzyżowy - AP i L
	Kręgosłup piersiowy - AP i L
	Kręgosłup szyjny -AP i L
	Nadgarstek
	Palec
	Stawy barkowe AP i L
	Stawy kolanowe -AP i L -zdjęcie porównawcze
	Stawy łokciowe -AP i L -zdjęcie porównawcze
	Stawy ramienne -AP -zdjęcie porównawcze
	Stawy skokowe -AP i L -zdjęcie porównawcze
10) **Inne badania diagnostyczne**	Audiogram
	Cytologia ginekologiczna
	EEG
	EKG
	EKG - próba wysiłkowa
	Pomiar ciśnienia śródgałkowego
	Spirometria
	Wycinki histopatologiczne
3. BADANIA MOCZU	
	Mocz badanie ogólne
	Białko całkowite -dobowe wydalanie
	Mikroalbuminuria
	Glukoza -dobowe wydalanie
	Kreatynina -dobowe wydalanie
	Potas -dobowe wydalanie
	Kwas moczowy -dobowe wydalanie
	Alfa-amylaza -porcja moczu
	Glukoza -porcja moczu
	Ciała ketonowe -porcja moczu
4. BADANIA KAŁU	
	Kał -badanie ogólne

	Krew utajona w kale
	Kał -resztki pokarmowe
5. AMBULATORYJNA OPIEKA PIELĘGNIARSKA	
	Opatrunek
	Zdjęcie szwów
	Zastrzyk domięśniowy
	Zastrzyk podskórny
	Podanie leku dożylnie
	Chirurgiczne zaopatrzenie rany
	Nacięcie ropnia
	Pomiar ciśnienia tętniczego krwi
	Podanie leku dostawowo

15. W ramach **ubezpieczenia assistance medycznego**, umowa ubezpieczenia zapewnia:
    1) pomoc medyczną:
        a) wizyta lekarza Centrum Assistance – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte 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, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. UBEZPIECZYCIEL pokrywa łączne koszty do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia;
        b) wizyta pielęgniarki – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte 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;
        c) dostawa leków przepisanych przez lekarza – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony wymaga leżenia, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, zorganizuje i pokryje koszt transportu leków przepisanych przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
        d) 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;
        e) 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;
        f) 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;
        g) przekazywanie wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy – w przypadku choroby, bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową, w następstwie których Ubezpieczony przebywa w szpitalu, UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem Centrum Assistance, na życzenie Ubezpieczonego, przekazuje wiadomości pomiędzy Ubezpieczonym, a jego rodziną lub pracodawcą;
    2) pomoc rehabilitacyjną:
        a) 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;
        b) 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;

c) 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;

d) 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;

3) pomoc domową – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony 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 zdarzenia ubezpieczeniowego;

4) opiekę nad dziećmi – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony 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 zdarzenia ubezpieczeniowego. 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;

5) opiekę nad zwierzętami – w przypadku choroby bądź nieszczęśliwego wypadku, które są objęte ochroną ubezpieczeniową i w następstwie których Ubezpieczony 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 zdarzenia ubezpieczeniowego;

6) medyczne usługi informacyjne – za pośrednictwem Centrum Assistance Ubezpieczony uzyska:

a) informacje medyczne o danej chorobie, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,

b) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży i laktacji),

c) informacje o aptekach na terytorium całego kraju, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów,

d) informacje o rekomendowanych placówkach medycznych na terytorium kraju,

e) informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,

f) informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,

g) informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego,

h) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,

i) 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,

j) informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,

k) 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

§9

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego osobno dla każdego ryzyka, o których mowa w §4 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
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, określana osobno dla każdego ryzyka, za wyjątkiem:

1) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 1) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 160% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,

2) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku z progresywnym systemem wypłaty świadczeń, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt. 2) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 500% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,

3) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 2) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka,

4) ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć dziecka Ubezpieczonego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 3) niniejszych OWU, w którym górną granicą odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA jest kwota stanowiąca 150% sumy ubezpieczenia określona dla tego ryzyka.

4. W ramach ubezpieczenia wypłacone świadczenie lub łączna kwota wypłaconych świadczeń nie mogą przekroczyć łącznie górnej granicy odpowiedzialności, określanej osobno dla każdego ryzyka.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

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 oraz adres Ubezpieczonego,
   3) imię, nazwisko oraz PESEL Uprawnionego,
   4) zakres ubezpieczenia,
   5) propozycję sumy ubezpieczenia,
   6) okres ubezpieczenia,
   7) liczbę osób przystępujących do ubezpieczenia,
   8) 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.
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).

§11

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia grupowego lub jako indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego w rozumieniu §2 pkt. 68) i 16).
2. Umowa ubezpieczenia grupowego lub indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta wyłącznie w formie imiennej.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli do ubezpieczenia przystępuje grupa licząca co najmniej 3 pracowników Ubezpieczającego.
4. W przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje grupa licząca od 3 do 10 pracowników umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jeżeli grupa ta stanowi 100% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
5. W ramach umowy ubezpieczenia grupowego może przystąpić grupa licząca od 3 do 10 pracowników, pod warunkiem iż stanowią 100% ogółu pracowników zatrudnionych przez Ubezpieczającego.
6. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego jest dołączenie do wniosku Ubezpieczającego:
   1) deklaracji przystąpienia,

2) imiennej listy osób przystępujących do ubezpieczenia grupowego.

7. Ubezpieczony występujący z ubezpieczenia grupowego może w ciągu miesiąca od dnia wystąpienia z ubezpieczenia złożyć wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że do dnia wystąpienia z ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową i składka została opłacona za okres co najmniej sześciu miesięcy.
8. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony może w ciągu miesiąca od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem, że do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową i składka została opłacona przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
9. Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia grupowego zawierana jest za zgodą UBEZPIECZYCIELA na podstawie obowiązujących OWU w dniu jej zawarcia i zostaje potwierdzona w sposób o którym mowa w §10 ust. 7, za wyjątkiem ubezpieczenia utraty pracy oraz z zastrzeżeniem postanowień §4 ust. 3, §6 ust. 7, §14 ust. 9 pkt. 2) oraz §14 ust. 14.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§12

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).
3. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, w stosunku do nowo przystępujących osób do ubezpieczenia grupowego, odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osoba została zgłoszona do UBEZPIECZYCIELA przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ust. 4 - 5.
4. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 10), zawartej przed rozpoczęciem podróży rozpoczyna się od chwili przekroczenia granicy w celu wyjazdu poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, do chwili przekroczenia granicy Rzeczpospolitej Polskiej, w drodze powrotnej, z tym, że:
   a) w przypadku komunikacji lotniczej przekroczenie granicy następuje w chwili startu samolotu z ostatniego lotniska w Rzeczpospolitej Polskiej, a w drodze powrotnej, w chwili lądowania samolotu na pierwszym lotnisku w Rzeczpospolitej Polskiej,
   b) w przypadku komunikacji morskiej przekroczenie granicy następuje w chwili wyjścia statku/promu z portu polskiego, a w drodze powrotnej w chwili wejścia statku/promu do portu polskiego,
   c) jednorazowy pobyt Ubezpieczonego poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, licząc od momentu rozpoczęciem podróży w celu wyjazdu poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, do momentu powrotu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, trwa nie dłużej niż 30 dni w ciągu okresu ubezpieczenia.
5. W poszczególnych ryzykach, w których ma zastosowanie karencja, odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następnego po upływie karencji.
6. Karencja, o której mowa w ust. 5 nie ma zastosowania przy przedłużeniu umowy ubezpieczenia na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
7. 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 §13 ust. 2 - 3,
   4) z dniem nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni liczonym od dnia doręczenia wezwania skierowanego 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,
   6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
   7) w przypadku ubezpieczenia utraty pracy z dniem przejścia Ubezpieczonego na emeryturę lub rentę,
   8) wobec Ubezpieczonego z ostatnim dniem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako rezygnujący z ubezpieczenia grupowego.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§13

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 przypadała niezapłacona składka.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §12 ust. 7 pkt. 4) niniejszych OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§14

1. Wysokość podstawowej 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, z uwzględnieniem okresu karencji,
   3) wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
   4) liczby osób objętych umową ubezpieczenia,
   5) informacji o szkodowości.
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 przez właściwą dla danego ryzyka stawkę określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2. Postanowienie to nie dotyczy:
   1) ubezpieczenia kosztów leczenia i pomocy w podróży, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 10) niniejszych OWU,
   2) ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 12) niniejszych OWU,

   w których obowiązuje jedna stawka składki określona kwotowo.
5. Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczanego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez UBEZPIECZYCIELA.
7. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zniżki i/lub zwyżki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwyżki i zniżki składki.
9. UBEZPIECZYCIEL może zastosować zwyżki składki, w szczególności z tytułu:
   1) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
   2) indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego,
   3) 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) jednorazowej, półrocznej lub kwartalnej płatności składki ubezpieczeniowej, za wyjątkiem indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego,
    3) 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.
13. Składka płatna jest w terminie:
    1) do 12 dnia każdego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej miesięcznej,
    2) do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału (rozumianego jako trzy kolejne miesiące) obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej kwartalnej,
    3) do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego półrocza (rozumianego jako sześć kolejnych miesięcy) obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności ratalnej półrocznej,
    4) do 12 dnia pierwszego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia – w przypadku płatności jednorazowej.
14. W przypadku indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego, składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego kwartalnie w terminie do 12 dnia pierwszego miesiąca każdego kwartału (rozumianego jako trzy kolejne miesiące) obowiązywania umowy ubezpieczenia.
15. Składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego.
16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, UBEZPIECZYCIELOWI należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
17. 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

§15

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 UBEZPIECZYCIELOWI 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 UBEZPIECZYCIELOWI zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia wypadku lub choroby,
    5) przekazywania do UBEZPIECZYCIELA w terminie do 3 dnia roboczego każdego miesiąca, danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia, a w szczególności:
        a) list osób przystępujących wraz z deklaracjami przystąpienia,
        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 razie powstania 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 których 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 §17 ust. 10,
11) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §17 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 terminie 30 dni licząc od dnia ich wpłynięcia do UBEZPIECZYCIELA.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA. USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA.

§16

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, a w przypadku ubezpieczenia utraty pracy obowiązany jest do zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jednostkę organizacyjną UBEZPIECZYCIELA, nie później niż w terminie 14 dni od dnia w którym Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej, w związku z utratą pracy rozumianą zgodnie z niniejszymi OWU,
3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez UBEZPIECZYCIELA, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takich badań pokrywa UBEZPIECZYCIEL.

§17

1. 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 zdiagnozowania choroby oraz szczegółowy opis okoliczności jej wystąpienia lub datę nieszczęśliwego wypadku oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
   6) imię i nazwisko, adres świadków nieszczęśliwego wypadku , o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie.
2. W razie powstania zdarzenia, objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia assistance medycznego, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 12) niniejszych OWU, 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.

3. W razie powstania zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, 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.
4. W celu ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA, Ubezpieczony/Uprawniony zobowiązany jest dostarczyć poniższe podstawowe dokumenty, o ile są w posiadaniu zgłaszającego roszczenie:
   1) zgłoszenie zdarzenia Policji, o ile było zgłoszone,
   2) dokumentację medyczną opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę,
   3) zaświadczenia lekarskie z przebiegu procesu leczenia zawierające dokładną diagnozę,
   4) kartę informacyjną ze szpitala,
   5) 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,
   6) w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
      a) prawo jazdy i odpowiednich uprawnień do prowadzania pojazdu,
      b) dowód rejestracyjny pojazdu,
   7) celem refundacji poniesionych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych:
      a) zlecenie lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze,
      b) oryginały rachunków lub faktur,
   8) celem refundacji poniesionych kosztów przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych:
      a) decyzję 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,
   9) w przypadku utraty pracy:
      a) wypowiedzenie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego oraz świadectwo pracy,
      b) zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu o upadłości lub odmowie jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia procesu upadłości,
      c) zaświadczenie z właściwego urzędu potwierdzające zarejestrowanie Ubezpieczonego, jako osoby bezrobotnej,
      d) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z właściwego urzędu potwierdzające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu osoby bezrobotnej,
   10) w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
      a) zaświadczenie lekarskie – karta zgonu,
      b) akt zgonu lub orzeczenie sądu uznające osobę za zmarłą,
   11) w przypadku krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
      a) potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem kopię zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. w sprawie orzekania o czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w §2 pkt. 48) niniejszych OWU lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie,
      b) zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie,
   12) celem refundacji poniesionych kosztów leczenia i pomocy w podróży – oryginały rachunków lub faktur,
   13) celem refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych:
      a) oryginały rachunków lub faktur,
      b) skierowanie na badania,
   14) w przypadku zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy dodatkowo:

a) orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o przyznaniu odszkodowania Ubezpieczonemu z tytułu wypadku przy pracy, lub

b) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku - wg wzoru protokołu zgodnego z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 16 września 2004 r. w sprawie wzoru protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy (Dz.U z 2004 r. Nr 227, poz. 2298) 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 (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 870), a w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą karta wypadku przy pracy sporządzona 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 (Dz.U. z 2002 r. Nr 236 poz. 1992),

15) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych od OWU wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie, o którym mowa w ust. 9 i 10.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być doręczone jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę występującą z roszczeniem, za wyjątkiem dokumentów, które zaznaczono o dostarczenie w oryginale.
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, z wyłączeniem badań genetycznych.
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, 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.

§18

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 wypadku.
2. Przy ustaleniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
3. Stopień uszczerbku na zdrowiu może być ustalany zaocznie przez lekarza zaufania na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia lub na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza zaufania.
4. Stopień uszczerbku ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek.
5. 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.
6. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi, środków pomocniczych, koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych, koszty leczenia i pomocy w podróży, koszty świadczeń medycznych zwracane są osobie, która je poniosła.
7. Wypłaty świadczeń Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonywane są w PLN. Za granicą świadczenia przekazywane są we właściwych walutach wymienialnych bezpośrednio przez UBEZPIECZYCIELA lub Centrum Assistance.
8. Przeliczenie na PLN wydatków poniesionych w walutach obcych dokonywane jest według średniego kursu walut ustalonego przez NBP obowiązującego w dniu ustalenia świadczenia.

9. Świadczenie medyczne takie jak konsultacja u lekarza specjalisty nie wymaga skierowania, pozostałe świadczenie medyczne wymieniowe w TABELI nr 2, o której mowa w §8 ust. 14 wymagają pisemnego zalecenia ich przez lekarza prowadzącego leczenie.

§19

1. Świadczenie może być wypłacone: przelewem bankowym lub przekazem pocztowym.
2. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich, z zastrzeżeniem postanowień §18 ust. 7 - 8 niniejszych OWU.
3. UBEZPIECZYCIEL wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 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.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 UBEZPIECZYCIEL nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie określonym w ust. 3 lub 4, 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 albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. 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.
8. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 6 i 7 Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
9. 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. 6 i 7.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

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.
2. Strony są zobowiązanie 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 PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH **BENEFIT COMPLEX PLUS** zostały zatwierdzone uchwałą nr 7/2013 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia29.01.2013 roku.
6. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH **BENEFIT COMPLEX PLUS** wchodzą w życie z dniem 01.02.2013r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczeń zawieranych od dnia 01.02.2013 r.

7. Z dniem wejścia w życie niniejszych OWU tracą moc Ogólne Warunki Ubezpieczenia PROGRAM UBEZPIECZEŃ PRACOWNICZYCH BENEFIT COMPLEX PLUS zatwierdzone uchwałą nr 63/2011 Zarządu UBEZPIECZYCIELA z dnia 09.09.2011r.

Prezes Zarządu
Klaus Eberhart

Wiceprezes Zarządu
Józef Winiarski

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

Załącznik nr 1
do ogólnych warunków ubezpieczenia Programu Ubezpieczeń Pracowniczych
BENEFIT COMPLEX Plus
zatwierdzonych uchwałą nr 7/2013 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 29.01.2013 roku

(do zamieszczania na początku w/w OWU)

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1
ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §8, §9, §12, §13, §16 -18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§6, § 7, § 8 ust. 13 i 15, § 9, §15 ust. 2
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

ANEKS nr 1
do ogólnych warunków ubezpieczenia
Program Ubezpieczeń Pracowniczych Benefit Complex Plus

W ogólnych warunkach ubezpieczenia Program Ubezpieczeń Pracowniczych Benefit Complex Plus (dalej: OWU), zatwierdzonych uchwałą nr 7/2013 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.01.2013 roku wprowadza się następujące zmiany:

1) do §2 OWU dodaje się pkt 88 w brzmieniu:
   „88) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)."

2) §6 ust. 1 pkt 6 OWU otrzymuje brzmienie:
   „6) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia, o ile nieposiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,"

3) §6 ust. 1 pkt 17 OWU otrzymuje brzmienie:
   „17) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, 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, o ile pozostawanie Ubezpieczonego pod wypływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby,"

4) §6 ust. 1 pkt 27 OWU otrzymuje brzmienie:
   „27) pandemią,"

5) do §6 ust. 1 OWU dodaje się pkt 28 w brzmieniu:
   „28) leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych.".

Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą nr 07/25/03/2014 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 25.03.2014 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.05.2014 r.

Wiceprezes Zarządu	Członek Zarządu
Winiarski Józef	Katarzyna Grześkowiak

ANEKS

do ogólnych warunków ubezpieczenia stosowanych przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu podjęcia uchwały Zarządu („Ogólne Warunki Ubezpieczenia") z wyłączeniem ogólnych warunków ubezpieczenia zatwierdzonych uchwałą Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group nr 01/08/12/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r.

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wprowadza się następujące zmiany:

1. Dodaje się zapisy w brzmieniu:

1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2) Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.

3)

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.
2. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Skargę lub reklamację składa się: na piśmie do oddziału lub filii InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca, kuriera lub osobiście albo ustnie, tj. telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 212 20 12) lub osobiście do protokołu w oddziale lub filii InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, posłańca lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy skarga lub reklamacja.
4. Na żądanie osoby składającej reklamację w sposób inny niż za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.
5. Jednostka organizacyjna InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, której dotyczy skarga lub reklamacja udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, termin rozpatrzenia skargi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.
6. InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group udziela odpowiedzi na skargę lub reklamację pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na skargę może być udzielana także w innej formie uzgodnionej z osobą wnoszącą skargę. Odpowiedź na reklamację na wniosek osoby wnoszącej reklamację może zostać udzielona drogą elektroniczną.
7. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

4) InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, informacje 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, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

5)

1. InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group 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 InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group wypłaca w terminie 30

InterRisk
VIENNA INSURANCE GROUP

dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1 InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonym w ust. 1 lub 2, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

6) W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

7) W zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej, poddanie sporu pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczonym pod rozstrzygnięcie sądu polubownego lub możliwość rozstrzygnięcia takiego sporu w inny, zapewniający porównywalną gwarancję obiektywności sposób wymaga umowy zawartej pomiędzy InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group a ubezpieczonym.

8) Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.

Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia załącza się załącznik zawierający informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą nr 02/08/12/2015 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 08.12.2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.

Członek Zarządu	Wiceprezes Zarządu
Katarzyna Grześkowiak	Józef Winiarski

Aneks

do ogólnych warunków stosowanych przez InterRisk TU SA Vienna Insurance Group w dniu podjęcia uchwały Zarządu

W ogólnych warunkach ubezpieczenia wprowadza się następujące zmiany:

1. Dodaje się zapisy w brzmieniu:

   1) Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia ubezpieczonym OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej.

   2) Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

   3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz dostarczyć ubezpieczonemu postanowienia umowne w zakresie stanowiącym o jego prawach i obowiązkach, przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków ubezpieczającego i ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego.

   4) Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą nr 07/31/03/2015 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31/03/2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.04.2015 r.