

WYCIĄG ZAPISÓW Z UMOWY UBEZPIECZENIA A-A275941

zawartej w dniu 10.10.2016r. w Warszawie pomiędzy:

InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Stanisława Noakowskiego nr 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego – za nr 0000054136, o numerze identyfikacji podatkowej NIP 526-00-38-806 oraz numerze statystycznym REGON 010644132, posiadającą kapitał zakładowy w kwocie 137 640 100 zł (opłacony w całości), zwaną dalej „InterRisk”, reprezentowaną przez:

1) Katarzynę Rudzką – Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Osobowych i Zdrowotnych zwaną dalej „InterRisk”,

a

Stowarzyszeniem Forum Grup Zawodowych z siedzibą w Warszawie Al. Jerozolimskie 47/12, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS nr 0000468913 (zgodnie z odpisem KRS stanowiącym **Załącznik nr 1** do niniejszej Umowy), o numerze REGON 146771840, o numerze NIP 701-038-79-32, reprezentowanym przez:

1) Arkadiusza Przybyszewskiego – Członka Zarządu

zwanym dalej „Ubezpieczającym”,

zwanymi także dalej wspólnie „Stronami” lub każdą z osobna „Stroną”.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

Niniejsza Umowa jest zawarta w trybie negocjacji i określa przedmiot, zakres i warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, na rzecz osób zgłoszonych przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia oraz reguluje zasady współpracy pomiędzy InterRisk, a Ubezpieczającym w realizacji niniejszej Umowy.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§2

1. Na warunkach niniejszej Umowy, InterRisk będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonym, zgłoszonym do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, w oparciu o Ogólne Warunki Ubezpieczenia Benefit Complex Plus zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016r. stanowiące **Załącznik nr 2** do niniejszej Umowy wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi od OWU stanowiącymi **załączniki nr 4 i 5** do niniejszej Umowy
2. Postanowienia Umowy odmienne od postanowień OWU Benefit Complex Plus mają nad nimi pierwszeństwo.

UBEZPIECZONY

§3

1. Ubezpieczony w rozumieniu niniejszej Umowy to pracownik korpusu służby cywilnej w rozumieniu ustawy o służbie cywilnej lub pracownik samorządowy w rozumieniu ustawy o pracownikach samorządowych z wyłączeniem funkcjonariuszy wszelkich służb mundurowych będący członkiem Stowarzyszenia Forum Grup Zawodowych, na rzecz którego Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem iż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 67 lat.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

1. 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 w przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku lub choroby, w wyniku której powstała krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, obejmuje:
 - 1) **Wariant Podstawowy:**
 - a) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego,
 - b) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy powstałej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) **Wariant Rozszerzony:**
 - a) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego,
 - b) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, powstałej w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego oraz niemożności wykonywania obowiązków służbowych wyłącznie z przyczyn:
 - i. konieczności osobistego sprawowania opieki przez Ubezpieczonego nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka Ubezpieczonego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem obcym przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8 lat;
 - ii. konieczności osobistego sprawowania opieki przez Ubezpieczonego nad dzieckiem własnym lub małżonka Ubezpieczonego, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem obcym przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8 lat w przypadku nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

1. W przypadku krótkotrwałej niezdolności do pracy, InterRisk nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) zwolnieniem lekarskim, które w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub płatnika składek na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i zakończonej zastosowaniem przez płatnika składek w stosunku do Ubezpieczonego kar porządkowych przewidzianych w kodeksie pracy lub prawomocną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zostanie uznane za nieprawidłowo wykorzystane,
 - 2) tymczasowego aresztowania albo zawieszenia w czynnościach służbowych w wyniku postępowania karnego lub dyscyplinarnego,
 - 3) leczeniem uzdrowiskowym, leczeniem sanatoryjnym, leczeniem w szpitalach uzdrowiskowych oraz sanatoriach i uzdrowiskach,
 - 4) pobytem w sanatorium uzdrowiskowym,
 - 5) leczeniem rehabilitacyjnym, w tym rehabilitacji pulmonologicznej, za wyjątkiem leczenia rehabilitacyjnego zaleconego bezpośrednio po nieszczęśliwym wypadku,
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,

- 8) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 9) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,
 - 10) chorobą psychiczną,
 - 11) chorob przewlekłych,
 - 12) chorób zdiagnozowanych przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
 - 13) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
 - 14) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego,
 - 15) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 16) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu albo innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - 18) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru,
 - 19) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 20) leczeniem odwykowym, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,
 - 21) leczeniem uzależnień, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
 - 22) chorób zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G:54;
 - 23) chorób kręgow szyjnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:50;
 - 24) chorób kręzków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:51;
 - 25) chorób tkanek miękkich związane z ich użytkowaniem, przeciążeniem i uciskiem zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:70;
 - 26) samoistnego nadciśnienia zakwalifikowanego przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:10;
 - 27) żyłaków kończyn dolnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:83;
 - 28) dyspepsji zakwalifikowanej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: K:30;
 - 29) bólami grzbietu zakwalifikowanymi przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M54.
2. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwalej niezdolności do pracy świadczenie nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy przypadającej w czasie:
- 1) urlopu bezpłatnego;

- 2) urlopu wychowawczego;
- 3) tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności,
3. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy nie ma zastosowania §6 ust. 1 OWU Benefit Complex Plus.
4. W przypadku ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego, obowiązują wyłączenia odpowiedzialności określone w §6 OWU Benefit Complex Plus.
5. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych w 12-sto miesięcznym okresie ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych.

SUMY UBEZPIECZENIA

§6

1. Sumy ubezpieczenia określone zostały kwotowo osobno dla każdego ubezpieczenia i wynoszą:
 - 1) **Wariant Podstawowy:**
 - a) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego – 10.000 zł na osobę Ubezpieczoną,
 - b) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – 8.000 zł na osobę Ubezpieczoną,
 - 2) **Wariant Rozszerzony:**
 - a) ubezpieczenie nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Ubezpieczonego – 10.000 zł na osobę Ubezpieczoną,
 - b) ubezpieczenie krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – 8.000 zł na osobę Ubezpieczoną.
2. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 1 stanowią górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla danego rodzaju ubezpieczenia.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY ORAZ POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§7

1. Niniejsza Umowa obowiązuje od dnia 01.12.2016r. przez okres 12 miesięcy, tj. do dnia 30.11.2017r.
2. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową po przystąpieniu do ubezpieczenia i opłaceniu składki do 20 dnia miesiąca poprzedzającego okres ubezpieczenia
3. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia po 20 dniu miesiąca ochrona ubezpieczeniowa następuje od kolejnego miesiąca (przystąpienie i opłacenie składki po 20 grudnia ochrona następuje od 01 lutego)
4. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk
 - 4) w danym ryzyku wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub z dniem wypłaty świadczenia z tytułu 3 wypadków ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z końcem miesiąca, w którym został zgłoszony przez Ubezpieczającego jako występujący z ubezpieczenia. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§8

1. Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla zakresu ochrony. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich i wynosi:

- 1) 10,00 zł miesięcznie za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia w Wariancie Podstawowym,
- 2) 12,00 zł miesięcznie za osobę zgłoszoną do ubezpieczenia w Wariancie Rozszerzonym.

Składka z tytułu niniejszego ubezpieczenia płatna w dwóch wariantach:

- jednorazowo do dnia 20 dnia miesiąca poprzedzającego początek okresu ubezpieczenia (okres ubezpieczenia od 1 dnia miesiąca po uprzednim przystąpieniu do ubezpieczenia oraz opłaceniu składki do 20 dnia miesiąca poprzedzającego okres ubezpieczenia do końca trwania umowy tj. 30.11.2017r.)
- miesięcznie płatna do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony ubezpieczeniowej.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ

§9

1. W razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk, Ubezpieczający/ Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
- 2) zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 30 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;
- 3) poddania się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała. Koszt takiego badania pokrywa InterRisk.

2. Likwidacja szkód będzie prowadzona zgodnie z postanowieniami OWU Benefit Complex Plus, stanowiącymi **Załącznik nr 2** oraz postanowieniami dodatkowymi lub odmiennymi od OWU Benefit Complex Plus, stanowiącymi **Załącznik nr 4** (w przypadku Wariantu Podstawowego), **Załącznik nr 5** (w przypadku Wariantu Rozszerzonego) do niniejszej Umowy.

3. Zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z ubezpieczeń objętych niniejszą Umową, będzie można dokonać za pośrednictwem:

- 1) infolinii InterRisk pod numerem telefonu: (22) 212 20 12
- 2) pisemnie na adres:

InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group
Departament Likwidacji Szkód
Al. Jerozolimskie 162
02-342 Warszawa.

4. Druk zgłoszenia szkody z ubezpieczeń objętych niniejszą Umową stanowi **Załącznik nr 6** do niniejszej Umowy.

ZGŁASZANIE OSÓB DO UBEZPIECZENIA W TRAKCIE TRWANIA UMOWY ORAZ ZGŁASZANIE OSÓB WYSTĘPUJĄCYCH Z UBEZPIECZENIA

1. Osoba, którą Ubezpieczający zgłosił jako osobę występującą z ubezpieczenia w trakcie 12-sto miesięcznego okresu trwania Umowy nie może zostać zgłoszona ponownie przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia w okresie obowiązywania niniejszej Umowy.

2. **Osoba, która przystąpiła do niniejszej Umowy w ramach jednego z wariantów, o których mowa w §4 ust. 2 może dokonać zmiany wariantu na wyższy tj. z wariantu Podstawowego na Rozszerzony po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do niniejszej Umowy.**

SKARGI I REKLAMACJE

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi.

2. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu 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 za pośrednictwem operatora pocztowego, postańca, 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. Skargi lub reklamacje dotyczące likwidacji szkód należy składać w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego, postańca 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 potwierdza fakt złożenia reklamacji w trybie uzgodnionym z tą osobą.
5. Jednostka organizacyjna InterRisk, 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 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 lub 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 podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA DODATKOWE LUB ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA (OWU) BENEFIT COMPLEX PLUS

**- mające zastosowanie do ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolność do pracy w wariantcie
Podstawowym, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 1) umowy ubezpieczenia nr A-A 275941 z dnia
10.10.2016r.**

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią umowy a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Benefit Complex Plus zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016 r. (zwanymi dalej „OWU Benefit Complex Plus”).

§ 1

Dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia:

1. §2 pkt. 6 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„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”
2. §2 pkt. 19 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„19) krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego będącego pracownikiem w okresie której Ubezpieczony otrzymał 80% wynagrodzenia Ubezpieczonego, powstała w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego trwająca w sposób ciągły co najmniej 7 dni i udokumentowana jednym zwolnieniem lekarskim wystawionym na okres co najmniej 7 dni. W przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwa ciągle po upływie okresu wskazanego na jednym zwolnieniu lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, świadczenie przysługuje za kolejne dni tylko i wyłącznie w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwa łącznie co najmniej 14 dni i jest udokumentowana zwolnieniem lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym oraz kolejnymi zwolnieniami lekarskimi, z których każde musi być wystawione na okres co najmniej 7 dni. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych.”

3. §2 pkt. 24 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„24) nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.”
4. w §2 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS pkt. 50) otrzymuje brzmienie:
50) pracownik – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania;”
5. w §2 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS dodaje się pkt. 89), który otrzymuje brzmienie:
„89) wynagrodzenie Ubezpieczonego – wynagrodzenie obliczone według zasad obowiązujących przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednak nie więcej niż 5.000 zł netto miesięcznie. Wynagrodzenie za jeden dzień krótkotrwałej niezdolność Ubezpieczonego do pracy stanowi 1/30 wynagrodzenia ustalonego zgodnie ze zdaniem poprzedzającym”
6. w §2 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS dodaje się pkt. 90), który otrzymuje brzmienie:
„90) zwolnienie lekarskie – kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z art. 55 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa potwierdzona przez pracodawcę za zgodność z oryginałem”
7. w §3 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”
8. W §6 dodaje się ust. 8, 9 i 10, który otrzymuje brzmienie:
„8. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy, InterRisk nie odpowiada za wypadki ubezpieczeniowe powstałe w następstwie lub w związku z:
 - 1) zwolnieniem lekarskim, które w wyniku kontroli przeprowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub płatnika składek na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i zakończonej zastosowaniem przez płatnika składek w stosunku do Ubezpieczonego kar porządkowych przewidzianych w kodeksie pracy lub prawomocną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zostanie uznane za nieprawidłowo wykorzystane,
 - 2) tymczasowego aresztowania albo zawieszenia w czynnościach służbowych w wyniku postępowania karnego lub dyscyplinarnego,
 - 3) leczeniem uzdrowiskowym, leczeniem sanatoryjnym, leczeniem w szpitalach uzdrowiskowych oraz sanatoriach i uzdrowiskach,
 - 4) pobytem w sanatorium uzdrowiskowym,
 - 5) leczeniem rehabilitacyjnym, w tym rehabilitacji pulmonologicznej, za wyjątkiem leczenia rehabilitacyjnego zaleconego bezpośrednio po nieszczęśliwym wypadku,
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniu popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - 8) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,

- 9) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,
 - 10) chorobą psychiczną,
 - 11) chorób przewlekłych,
 - 12) chorób zdiagnozowanych przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
 - 13) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
 - 14) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego,
 - 15) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 16) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu albo innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawienie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - 18) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru,
 - 19) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 20) leczeniem odwykowym, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,
 - 21) leczeniem uzależnień, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
 - 22) chorób zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G:54;
 - 23) chorób kręgow szyjnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:50;
 - 24) chorób krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:51;
 - 25) chorób tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:70;
 - 26) samoistnego nadciśnienia zakwalifikowanego przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:10;
 - 27) żyłaków kończyn dolnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:83;
 - 28) dyspepsji zakwalifikowanej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: K:30;
 - 29) bólami grzbietu zakwalifikowanymi przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M54.
9. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy świadczenie nie przysługuje: za okresy niezdolności do pracy przypadającej w czasie:
- 1) urlopu bezpłatnego;
 - 2) urlopu wychowawczego;
 - 3) tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności,
10. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych”.

9. §6 ust. 1 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS nie ma zastosowania w przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy.
10. §8 ust. 7 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„ust. 7.
W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczonemu za każdy dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy przysługuje świadczenie w wysokości 20% wynagrodzenia za jeden dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy, tj. 20% z 1/30 wynagrodzenia Ubezpieczonego pod warunkiem, że krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy powstała w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i trwała w sposób ciągły co najmniej 7 dni i była udokumentowana jednym zwolnieniem lekarskim wystawionym na okres co najmniej 7 dni, a w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwała ciągle po upływie okresu wskazanego na jednym zwolnieniu lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, świadczenie przysługuje za kolejne dni tylko i wyłącznie w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwała łącznie co najmniej 14 dni i była udokumentowana zwolnieniem lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym oraz kolejnymi zwolnieniami lekarskimi, z których każde musi być wystawione na okres co najmniej 7 dni. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych.”
11. §16 ust. 4 pkt. 11) OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„pkt. 16 w przypadku krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy:
a) kopię zaświadczenia lekarskiego potwierdzoną przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie za zgodność z oryginałem, wystawionego zgodnie z przepisami art. 55 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
b) oryginał zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę o wysokości wynagrodzenia Ubezpieczonego za miesiąc, w którym wystąpiła krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
c) oryginał zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę o wypłacie 80% wynagrodzenia Ubezpieczonego w związku z krótkotrwałą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy.”

**POSTANOWIENIA DODATKOWE LUB ODMIENNE OD OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
(OWU) BENEFIT COMPLEX PLUS**

**- mające zastosowanie do ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy w wariantcie
Rozszerzonym, o którym mowa w §4 ust. 2 pkt. 2) umowy ubezpieczenia nr A-A 275941
z dnia 10.10.2016r.**

Działając na podstawie art. 812 § 8 k.c. InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wskazuje różnice pomiędzy proponowaną treścią umowy a Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Benefit Complex Plus zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016r. (zwanymi dalej „OWU Benefit Complex Plus”).

§ 1

Dla potrzeb niniejszej umowy ubezpieczenia:

12. §2 pkt. 6 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:
„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”
13. §2 pkt. 19 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„19) krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego będącego pracownikiem w okresie której Ubezpieczony otrzymał 80% wynagrodzenia Ubezpieczonego, powstała w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub niemożności wykonywania obowiązków służbowych z przyczyn:

- a) konieczności osobistego sprawowania opieki przez Ubezpieczonego nad chorym dzieckiem własnym lub małżonka Ubezpieczonego funkcjonariusza służby mundurowej, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem obcym przyjętym na wychowanie i utrzymanie, do ukończenia przez nie 8 lat, jednak nie więcej niż 14 dni w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia;
- b) konieczności osobistego sprawowania opieki przez Ubezpieczonego nad dzieckiem własnym lub małżonka Ubezpieczonego funkcjonariusza służby mundurowej, dzieckiem przysposobionym, do ukończenia przez nie 8 lat w przypadku nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza,

trwająca w sposób ciągły co najmniej 7 dni i udokumentowana jednym zwolnieniem lekarskim wystawionym na okres co najmniej 7 dni. W przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwa ciągle po upływie okresu wskazanego na jednym zwolnieniu lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, świadczenie przysługuje za kolejne dni tylko i wyłącznie w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwa łącznie co najmniej 14 dni i jest udokumentowana zwolnieniem lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym oraz kolejnymi zwolnieniami lekarskimi, z których każde musi być wystawione na okres co najmniej 7 dni. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych.”

14. §2 pkt. 24 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„24) nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.”

15. w §2 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS pkt. 50) otrzymuje brzmienie:

50) pracownik – osoba zatrudniona przez pracodawcę na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania;”

16. w §2 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS dodaje się pkt. 89), który otrzymuje brzmienie:

„89) wynagrodzenie Ubezpieczonego – wynagrodzenie obliczone według zasad obowiązujących przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednak nie więcej niż 5.000 zł netto miesięcznie. Wynagrodzenie za jeden dzień krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy stanowi 1/30 wynagrodzenia netto miesięcznego ustalonego zgodnie ze zdaniem poprzedzającym;”

17. „90) zwolnienie lekarskie – kopia zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z art. 55 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa potwierdzona przez pracodawcę za zgodność z oryginałem”

18. w §3 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, a także choroby, która została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.”

19. W §6 dodaje się ust. 8 i 9, który otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy, InterRisk nie odpowiada za wypadki ubezpieczeniowe powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) zwolnieniem lekarskim, które w wyniku kontroli, przeprowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub płatnika składek na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i zakończonej

- zastosowaniem przez płatnika składek w stosunku do Ubezpieczonego kar porządkowych przewidzianych w kodeksie pracy lub prawomocną decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zostanie uznane za nieprawidłowo wykorzystane ,
- 2) tymczasowego aresztowania albo zawieszenia w czynnościach służbowych w wyniku postępowania karnego lub dyscyplinarnego,
 - 3) leczeniem uzdrowiskowym, leczeniem sanatoryjnym, leczeniem w szpitalach uzdrowiskowych oraz sanatoriach i uzdrowiskach,
 - 4) pobytem w sanatorium uzdrowiskowym,
 - 5) leczeniem rehabilitacyjnym, w tym rehabilitacji pulmonologicznej, za wyjątkiem leczenia rehabilitacyjnego zaleconego bezpośrednio po nieszczęśliwym wypadku,
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego,
 - 8) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
 - 9) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu,
 - 10) chorobą psychiczną,
 - 11) chorób przewlekłych,
 - 12) chorób zdiagnozowanych przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego,
 - 13) wadami wrodzonymi i ich następstwami,
 - 14) wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego,
 - 15) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 16) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu albo innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - 17) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi,
 - 18) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terronu,
 - 19) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile spożycie przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku lub choroby;
 - 20) leczeniem odwykowym, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie leczenia uzależnienia odwykowego w celu leczenia uzależnienia alkoholowego,
 - 21) leczeniem uzależnień, a także pobytem w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w celu leczenia uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych,
 - 22) chorób zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: G:54;
 - 23) chorób kręgow szyjnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:50;
 - 24) chorób krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:51;

- 25) chorób tkanek miękkich związane z ich używaniem, przeciążeniem i uciskiem zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M:70;
- 26) samoistnego nadciśnienia zakwalifikowanego przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:10;
- 27) żyłaków kończyn dolnych zakwalifikowanych przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I:83;
- 28) dyspepsji zakwalifikowanej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: K:30;
- 29) bólami grzbietu zakwalifikowanymi przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: M54.

9. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy świadczenie nie przysługuje za okresy niezdolności do pracy przypadającej w czasie:

- 1) urlopu bezpłatnego;
- 2) urlopu wychowawczego;
- 3) tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności.

10. W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych”.

20. §6 ust. 1 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS nie ma zastosowania w przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności do pracy.

21. §8 ust. 7 OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„ust. 7.

W przypadku ubezpieczenia krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, Ubezpieczonemu za każdy dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy przysługuje świadczenie w wysokości 20% wynagrodzenia za jeden dzień krótkotrwałej niezdolności do pracy, tj. 20% z 1/30 wynagrodzenia Ubezpieczonego pod warunkiem, że krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy powstała w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i trwała w sposób ciągły co najmniej 7 dni i była udokumentowana jednym zwolnieniem lekarskim wystawionym na okres co najmniej 7 dni, a w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwała ciągle po upływie okresu wskazanego na jednym zwolnieniu lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, świadczenie przysługuje za kolejne dni tylko i wyłącznie w przypadku gdy czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego trwała łącznie co najmniej 14 dni i była udokumentowana zwolnieniem lekarskim, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym oraz kolejnymi zwolnieniami lekarskimi, z których każde musi być wystawione na okres co najmniej 7 dni. Odpowiedzialność InterRisk ograniczona jest do 3 wypadków ubezpieczeniowych i maksymalnie 90 dni krótkotrwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych.”

22. §16 ust. 4 pkt. 11) OWU BENEFIT COMPLEX PLUS otrzymuje brzmienie:

„pkt. 16 w przypadku krótkotrwałej niezdolności do wykonywania pracy:

- d) kopię zaświadczenia lekarskiego potwierdzoną przez pracodawcę (lub z adnotacją pracodawcy o jego wpłynięciu do pracodawcy) albo przez placówkę medyczną/lekarza, który wystawił zwolnienie za zgodność z oryginałem, wystawionego zgodnie z przepisami art. 55 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
- e) oryginał zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę o wysokości wynagrodzenia Ubezpieczonego za miesiąc, w którym wystąpiła krótkotrwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
- f) oryginał zaświadczenia wystawionego przez pracodawcę o wypłacie 80% wynagrodzenia Ubezpieczonego w związku z krótkotrwałą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy,

- g) oryginał zaświadczenia wystawionego przez placówkę oświatową tj. żłobek, klub dziecięcy, przedszkole lub szkołę, do którego uczęszcza dziecko Ubezpieczonego potwierdzające okres zamknięcia placówki oświatowej oraz powód.”

REGULAMIN OPŁACANIA SKŁADEK

1. Regulamin określa tryb, terminy, sposób i warunki uiszczania opłat za objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia nr A-A 275941 zawartej pomiędzy InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group a Stowarzyszeniem Forum Grup Zawodowych.
2. Ilekroć w Regulaminie jest mowa o:
 - a. Ubezpieczającym - należy przez to rozumieć Stowarzyszenie Forum Grup Zawodowych,
 - b. Ubezpieczycielu - należy przez to rozumieć Towarzystwo Ubezpieczeniowe,
 - c. Ubezpieczonym - należy przez to rozumieć osobę będącą członkiem Stowarzyszenia Forum Grup Zawodowych, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia.
 - d. Składce - należy przez to rozumieć składkę ubezpieczeniową
 - e. Regulaminie - należy przez to rozumieć niniejszy REGULAMIN
3. Regularne opłacanie składek jest warunkiem rozpoczęcia i kontynuacji każdego ubezpieczenia.
4. O wysokości składek, terminach i warunkach ich opłacania Ubezpieczony jest informowany przystępując do ubezpieczenia w otrzymanym e-mailu potwierdzającym rozpoczęcie okresu ubezpieczenia.
5. Nie przewiduje się żadnych odstępstw od podanych w regulaminie warunków opłacania składek.
6. Obowiązkiem każdego Ubezpieczonego jest samodzielne dokonywanie wpłat składek na przyznany indywidualny rachunek bankowy, a Ubezpieczający nie wysyła druków przekazów lub przelewów.
7. Dokumentacja związana z opłacaniem składek prowadzona jest na bieżąco i dostępna w Internecie po utworzeniu konta Ubezpieczonego i zalogowaniu się na to konto.
8. Składka opłacana jest z góry w trybie:
 - a. miesięcznym, do 20 dnia miesiąca za miesiąc następny (np. do 20 listopada za grudzień)
 - b. jednorazowo, do 20 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie okresu ubezpieczenia.
9. Składka opłacana jest na indywidualny dla Ubezpieczonego numer rachunku bankowego nadanego przez Ubezpieczającego.
10. Jedynym uznawanym dokumentem potwierdzającym uiszczenie składki jest dowód wpłaty na indywidualny przydzielony rachunek bankowy.
11. Każda wpłata zaliczana jest w pierwszej kolejności za pierwszy okres, za który brak jest składki wymaganej lub jej części.
12. Jeśli składka wymagana jest już opłacona, każda kolejna wpłata zaliczana jest na kolejne miesiące (okresy), za które składka nie jest jeszcze wymagana.
13. Zwrot nadpłaconych składek dokonywany jest niezwłocznie po wezwaniu przez Ubezpieczonego, na wskazane konto bankowe.
14. Obowiązek terminowego opłacenia składki jest podstawowym warunkiem rozpoczęcia lub kontynuacji ubezpieczenia.
15. Brak wpłaty składki w terminie przy jednoczesnym braku kontaktu ze strony Ubezpieczonego - spowoduje zakończenie ubezpieczenia z ostatnim dniem miesiąca, za który składka została opłacona, bez ponownego wezwania do zapłaty.

16. Ewidencja Składek prowadzona przez Ubezpieczającego jest wyłączną podstawą do określenia praw i obowiązków Ubezpieczonego w sprawach składkowych.
17. Ubezpieczony poprzez dostęp on-line do swojego konta może sprawdzić prawidłowości sporządzenia ewidencji swoich składek.
18. Ubezpieczony, którego ubezpieczenie zostało zakończone z powodu nie opłacania składek w terminie, lub wystąpił z ubezpieczenia może starać się o ponowne przystąpienie do ubezpieczenia na zasadach obowiązującej oferty.
19. W kwestiach nie uregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie znajdują obowiązujące przepisy prawa, oraz OWU Ubezpieczycieli.
20. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01 października 2014 r.