



więcej / niż standard

Grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków

Warunki ubezpieczenia

INDEKS GNNW/08/08/01

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Warunki ubezpieczenia mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., zwane dalej Towarzystwem z przedsiębiorcami, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym, po dokonaniu przez Towarzystwo indywidualnej oceny ryzyka, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone dodatkowe lub odmienne od zawartych w niniejszych warunkach ubezpieczenia postanowienia. Wprowadzenie takich postanowień wymaga zastosowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 2

Poprzez użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia określenia rozumie się:

- 1) **inwalidztwo** – trwałe upośledzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego określone w Tabeli inwalidztwa, zawartej w niniejszych warunkach ubezpieczenia.
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- 3) **nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności albo poleceń służbowych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem pracownika, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań;
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności w interesie zakładu pracy, nawet bez polecenia;
 - c) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji zakładu pracy w drodze między siedzibą zakładu pracy, a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy;
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej w zakładzie pracy;
 - e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające w zakładzie pracy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.
- 4) **niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy.

- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 6) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru. W rozumieniu niniejszych warunków za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)
- 7) **Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK), Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK)** – wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych. W rozumieniu niniejszych warunków za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). W rozumieniu niniejszych warunków za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych.
- 8) **osoba uprawniona** – osoba lub osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wyznaczone imiennie przez Ubezpieczonego.
- 9) **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia doznanych obrażeń ciała. W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w dniu wypisania Ubezpieczonego ze szpitala.
- 10) **składka** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić na rzecz Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 11) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego i ośrodka rehabilitacji.
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek.
- 13) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, związana z Ubezpieczającym stosunkiem prawnym określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
- 14) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Za udar mózgu w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia nie uznaje się epizodów przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów.
- 15) **uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, powodujące upośledzenie czynności organizmu, określane procentowo na podstawie Tabeli uszczerbków, stanowiącej załącznik do umowy ubezpieczenia.
- 16) **utrata** – amputacja lub całkowita i trwała utrata funkcji danego organu.

- 17) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pasażer bądź kierowca samochodu, pasażer autobusu, pociągu, rowerzysta lub pieszy.
- 18) **zawał serca** – pierwszorazowe wystąpienie martwicy ograniczonego obszaru mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznane na podstawie wystąpienia typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Za zawał serca w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia nie uznaje się epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku polegające na obrażeniach ciała Ubezpieczonego, skutkujące jego inwalidztwem, uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią Ubezpieczonego.

§ 4

O ile nie umówiono się inaczej, ochrona ubezpieczeniowa obejmuje świadczenia z tytułu:

- 1) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 3) uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 4) niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 5) wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego,
- 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 7) zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego,
- 8) zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego,
- 9) zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej, zakres terytorialny

§ 5

1. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na całym świecie w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku. W uzgodnieniu z Ubezpieczającym, Towarzystwo może zawrzeć umowę na okres odmienny od powyższego.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu opłacenia składki lub jej pierwszej raty .

§ 6

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego zgłaszania Towarzystwu wszelkich zmian dotyczących danych, o które Towarzystwo zapytywało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.

§ 7

W stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- b) z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym rozwiązany został lub wygasł stosunek prawny, łączący Ubezpieczonego z Ubezpieczającym, określony w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
- c) z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Treść umowy ubezpieczenia zostanie zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, świadectwie uczestnictwa deklaracji uczestnictwa lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na niniejszych warunkach ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach odmiennych od niniejszych, z zastrzeżeniem, iż zostały one zapisane w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie:
 - a) imiennej (imienny wykaz Ubezpieczonych, stanowiący załącznik do umowy ubezpieczenia),
 - b) bezimiennej, jeżeli Ubezpieczonymi są wszystkie osoby należące do jednoznacznie zdefiniowanej w umowie ubezpieczenia grupy.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie imiennej objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnych Ubezpieczonych w trakcie okresu ubezpieczenia następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem zgłoszenia do ubezpieczenia osób, zaś przyjęcie do ubezpieczenia potwierdzone jest w formie pisemnej.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona na nowych członków grupy, którzy weszli w jej skład w trakcie okresu ubezpieczenia – wraz z dniem spełnienia kryterium przynależności do grupy,
 - b) ochrona ubezpieczeniowa wygasa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych w przypadkach określonych w § 7,
 - c) Ubezpieczający zobowiązany jest do zgłoszenia do Towarzystwa deklaracji zmian stanu osobowego w okresie ubezpieczenia wg stanów na ostatni dzień miesiąca w terminie 30 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia w celu dokonania rozliczenia składki należnej z tytułu zmian stanu osobowego w okresie ubezpieczenia,
4. Rozliczenie składki z tytułu zmiany stanu osobowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia następuje po zakończeniu okresu ubezpieczenia. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej, rozliczenie to następuje na podstawie wniosków, o których mowa w ust. 2, W

przypadku ubezpieczenia zawartego w formie bezimiennej, na podstawie deklaracji, o której mowa w ust. 3 pkt c.

5. W przypadku nadpłaty składki Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu nadpłaconą kwotę w terminie 45 dni od końca okresu ubezpieczenia. W przypadku opłacenia za niskiej składki Ubezpieczający zobowiązany jest dopłacić różnicę w terminie 14 dni od wezwania przez Towarzystwo do zapłaty. Składka do zapłaty lub do zwrotu obliczana jest proporcjonalnie do okresu faktycznie udzielanej lub niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia, limity odpowiedzialności.

§ 10

1. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę obliczenia należnego świadczenia.
2. Suma ubezpieczenia określona jest w polisie lub dokumencie ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego ograniczona jest do limitu stanowiącego trzykrotność sumy ubezpieczenia. Oznacza to, że w przypadku zbiegu świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku ich suma nie może przekroczyć limitu odpowiedzialności.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich nieszczęśliwych wypadków w okresie ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego ograniczona jest do rocznego limitu stanowiącego pięciokrotność sumy ubezpieczenia. Oznacza to, że w momencie wyczerpania limitu odpowiedzialności w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa. W przypadku okresu ubezpieczenia odmiennego niż 1 rok, wysokość limitu obliczana jest proporcjonalnie do okresu udzielnej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka i początek okresu ubezpieczenia

§ 11

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana za roczny okres ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczającego po przeprowadzeniu indywidualnej oceny ryzyka.
2. Wysokość składki uzależniona jest od następujących czynników:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) ilości Ubezpieczonych,
 - 3) struktury zawodowej Ubezpieczonych,
 - 4) dotychczasowego przebiegu ryzyka,
3. Składka płatna jest za cały okres ubezpieczenia z góry. Po uzgodnieniu stron składka może być płatna w ratach: miesięcznych, kwartalnych albo półrocznych.
4. W przypadku braku odmiennych ustaleń składka lub jej pierwsza rata płatna jest najpóźniej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli nie ustalono inaczej, raty składki płatne są pierwszego dnia rozpoczynającego okres, za który ma być opłacona składka.
6. Składkę uważa się za opłaconą w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa wskazanego jako właściwego do jej opłacenia kwotą wymagalnej składki, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności.
7. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu raty składki, wpłacone kwoty składki zalicza się w pierwszej kolejności na poczet niezapłaconej raty składki najwcześniej wymaganej.

8. Jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
9. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo po upływie terminu płatności wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Obowiązki Ubezpieczonego w razie powstania wypadku

§ 12

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w ciągu 24 godzin, zgłosić się do lekarza i zastosować do jego zaleceń oraz podjąć działania mające na celu zmniejszenie skutków wypadku, w tym Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się zaleconemu przez lekarzy leczeniu, przez co rozumie się wszelkie formy terapii, zabiegi operacyjne, rehabilitację i inne działania medyczne mające na celu poprawę stanu zdrowia Ubezpieczonego w zakresie uszczerbku poniesionego w wyniku wypadku.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do pisemnego zgłoszenia do Towarzystwa zaistnienia zdarzenia, ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, w terminie 30 dni od daty zajścia tego zdarzenia.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do rzetelnego wypełnienia kwestionariusza „zgłoszenia szkody” oraz do udzielenia wszelkich, wymaganych przez Towarzystwo informacji i przesłania tychże dokumentów do Towarzystwa.
4. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim.
5. Ubezpieczony jest zobowiązany poddać się badaniu przez lekarza wyznaczonego przez Towarzystwo, jeżeli Towarzystwo uzna takie badanie za niezbędne dla rozpatrzenia złożonych roszczeń. Koszt takiego badania ponosi Towarzystwo.
6. W trakcie likwidacji szkody Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia innych zakładów ubezpieczeń, urzędów oraz leczących go lekarzy z obowiązku zachowania wobec Towarzystwa w tajemnicy informacji, które są niezbędne do prawidłowego ustalenia okoliczności mających wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa.

§ 13

1. W razie naruszenia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku zawiadomienia o nieszczęśliwym wypadku, określonego w § 12 ust. 2, Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia skutków następstw nieszczęśliwego wypadku lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków nieszczęśliwego wypadku. Skutki braku zawiadomienia o nieszczęśliwym wypadku nie następują, jeżeli Towarzystwo w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymało wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa przez Ubezpieczonego któregośkolwiek z obowiązków wynikających z umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku świadczenia w takim zakresie, w jakim naruszenie miało wpływ na rozmiar skutków nieszczęśliwego wypadku lub na możliwość ustalenia zasadności i wysokości roszczenia.
3. Postanowienia ust. 1 i 2 nie mają zastosowania w sytuacji, gdy Ubezpieczony nie był poinformowany o obowiązkach wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku, podczas zaistnienia którego Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu (przez co rozumie się spożycie alkoholu, które prowadzi do stężenia we krwi od 0,2 promila alkoholu lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³), narkotyków lub środków odurzających. Powyższe nie dotyczy sytuacji gdy fakt pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu nie miał wpływu na zaistnienie zdarzenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje następstw nieszczęśliwego wypadku:
 - a) zaistniałego w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona przestępstwa,
 - b) zaistniałego podczas udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, za jakie uważa się w szczególności: spadochroniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, surfing, windsurfing, katesurfing, wspinaczkę, parkur, speleologię, skoki na linie, jazdę konną, sporty motorowe (w tym jazdę pojazdami typu quad), nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu oraz udziału Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekką atletyką i pływaniem,
 - c) spowodowanego udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, a także świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - d) będącego następstwem prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień
 - e) będącego następstwem prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego w przypadku, gdy pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego, chyba że powyższe nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia
3. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i psychiczne oraz straty materialne polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy należących do Ubezpieczonego oraz utracie zarobków lub spodziewanych korzyści w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia, pochylenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 15

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) na skutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
 - 2) na skutek wypowiedzenia jej przez Towarzystwo ze skutkiem natychmiastowym – w dniu doręczenia Ubezpieczającemu odpowiedniego oświadczenia,
 - 3) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - 4) z upływem okresu wskazanego w wezwaniu do zapłaty składki, jeżeli rata składki nie została zapłacona w ustalonym terminie, a Towarzystwo po upływie tego terminu wezwało Ubezpieczającego do jej zapłaty.

- 5) wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego – z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji.
2. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta, wpłacona składka za okres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Rodzaje świadczeń

§ 16

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wypadku, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym, świadczenie ustalone zgodnie z pkt. 1) zostaje zwiększone o 50%. Zwiększenie świadczenia nie następuje, jeżeli odpowiednio nieszczęśliwy wypadek przy pracy wystąpił w wyniku rażącego naruszenia przepisów BHP przez Ubezpieczonego lub wypadek komunikacyjny wystąpił w wyniku naruszenia przepisów ruchu drogowego przez Ubezpieczonego.
3. Świadczenie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłaca się osobie uprawnionej po przedłożeniu w Towarzystwie aktu zgonu, zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty zgonu, dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych dla prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza do ustalenia związku przyczynowego między śmiercią Ubezpieczonego, a nieszczęśliwym wypadkiem i jego okolicznościami.
4. W razie nie wyznaczenia osoby uprawnionej, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonkowi; w przypadku jego braku dzieciom; w przypadku braku w/w członków rodziny rodzicom; w przypadku braku w/w członków rodziny innym spadkobiercom na mocy postanowienia sądu o nabyciu spadku. W przypadku, gdy uprawniona jest więcej niż jedna osoba, należne świadczenie dzielone jest pomiędzy osoby uprawnione w równych częściach, chyba że Ubezpieczony zastrzegł inny udział osób uprawnionych w należnym świadczeniu. Ubezpieczony może wskazać Towarzystwu osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie osoby uprawnionej. Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po otrzymaniu informacji o zmianie osoby uprawnionej. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku umyślnego +przyczynienia się przez osobę uprawnioną do śmierci Ubezpieczonego, to świadczenie nie zostanie wypłacone osobie uprawnionej. W takim przypadku świadczenie zostanie wypłacone następnej w kolejności osobie spośród członków rodziny Ubezpieczonego lub jego spadkobiercom.
5. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, bądź z tytułu inwalidztwa, a następnie zmarł na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, bądź inwalidztwa, przy czym pomniejsza się jego wysokość o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, bądź inwalidztwa.

§ 17

Świadczenie z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową dozna inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wynikającej z przemnożenia dwukrotności sumy ubezpieczenia przez wartość procentową doznanego inwalidztwa, orzeczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo, ustalonego zgodnie z Tabelą inwalidztwa zamieszczoną poniżej. Orzeczony procent inwalidztwa z tytułu poszczególnych

rodzajów inwalidztwa wynikłych z jednego nieszczęśliwego wypadku jest sumowany, przy czym suma orzeczonego procentu inwalidztwa z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100%.

Tabela inwalidztwa

Rodzaj inwalidztwa	Procent inwalidztwa
Całkowita ślepota obu oczu	100%
Całkowita ślepota jednego oka lub wyluszczenie gałki ocznej	40%
Głuchota całkowita	50%
Głuchota jednego ucha	20%
Utrata mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję motoryczną i sensoryczną)	40%
Porażenie połowiczne utrwalone lub porażenie kończyn dolnych	100%
Niedowład jednej kończyny	40%
Porażenie czterech kończyn - utrwalone	100%
Porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych - utrwalone	90%
Utrwalony niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dwóch kończyn dolnych	80%
Utrata obu kończyn dolnych	100%
Utrata kończyny dolnej w obrębie biodra	75%
Utrata kończyny dolnej w obrębie uda	70%
Utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego	65%
Utrata kończyny dolnej w obrębie podudzia	60%
Utrata całej stopy	50%
Utrata w obrębie śródstopia	25%
Utrata palucha	10%
Utrata palców II-IV, za każdy palec	4%
Utrata obu kończyn górnych	100%
Utrata kończyny górnej w obrębie barku	75%
Utrata kończyny górnej w obrębie ramienia	70%
Utrata kończyny górnej w stawie łokciowym	65%
Utrata kończyny górnej w obrębie przedramienia	60%
Utrata kończyny górnej w obrębie nadgarstka	50%
Utrata kciuka	15%
Utrata palców II-IV, za każdy palec	5%

- Jeżeli nieszczęśliwy wypadek był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym, świadczenie obliczone zgodnie z ust. 1 zostaje zwiększone o 50%. Zwiększenie świadczenia nie następuje, jeżeli odpowiednio nieszczęśliwy wypadek przy pracy wystąpił w wyniku naruszenia przepisów BHP przez Ubezpieczonego lub wypadek komunikacyjny wystąpił w wyniku naruszenia przepisów ruchu drogowego przez Ubezpieczonego.
- Rodzaj inwalidztwa oraz procent inwalidztwa ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednakże jeżeli w ciągu 360 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku leczenie lub rehabilitacja nie zostały zakończone, na wniosek Ubezpieczonego można dokonać ustalenia rodzaju inwalidztwa i procentu inwalidztwa przed zakończeniem leczenia i rehabilitacji.
- Rodzaj i procent inwalidztwa ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo. Koszt zleconych badań ponosi Towarzystwo.

§ 18

Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową dozna urazu, który nie został uznany za inwalidztwo w myśl § 2 pkt 1), a stanowi uszczerbek na zdrowiu w myśl § 2 pkt 15), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wynikającej z przemnożenia sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia przez wartość procentową doznanego uszczerbku na zdrowiu, orzeczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo, ustalonego zgodnie z Tabelą uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia.
2. Orzeczony procent uszczerbku na zdrowiu z tytułu poszczególnych rodzajów uszczerbków na zdrowiu, wynikłych z jednego nieszczęśliwego wypadku jest sumowany, przy czym suma orzeczonego procentu uszczerbku na zdrowiu z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100%.
3. W przypadku, gdy obrażenia ciała różnych organów kwalifikować się będą do wypłaty zarówno z tytułu inwalidztwa, jak i trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość należnych świadczeń sumuje się.
4. Jeżeli Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie doznany uraz spowoduje trwałe inwalidztwo, wówczas świadczenie należne z tytułu inwalidztwa zostanie wypłacone, po uprzednim potrąceniu kwoty wypłaconej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym, świadczenie obliczone zgodnie z ust. 1 zostaje zwiększone o 50%. Zwiększenie świadczenia nie następuje, jeżeli nieszczęśliwy wypadek przy pracy wystąpił w wyniku naruszenia przepisów BHP przez Ubezpieczonego lub wypadek komunikacyjny wystąpił w wyniku naruszenia przepisów ruchu drogowego przez Ubezpieczonego.
6. Rodzaj uszczerbku na zdrowiu oraz procent uszczerbku na zdrowiu ustalane są po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednakże jeżeli w ciągu 360 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku leczenie lub rehabilitacja nie zostały zakończone, na wniosek Ubezpieczonego można dokonać ustalenia rodzaju uszczerbku na zdrowiu i procentu uszczerbku na zdrowiu przed zakończeniem leczenia i rehabilitacji.
7. Rodzaj i procent uszczerbku na zdrowiu ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo. Koszt zleconych badań ponosi Towarzystwo.

§ 19

Świadczenie z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową wystąpi niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, pod warunkiem, że niezdolność do pracy rozpoczęła się nie później niż 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie równej 50% sumy ubezpieczenia, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.
2. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek był nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy lub wypadkiem komunikacyjnym, świadczenie obliczone zgodnie z ust. 1 zostaje zwiększone o 50%. Zwiększenie świadczenia nie następuje, jeżeli odpowiednio nieszczęśliwy wypadek przy pracy wystąpił w wyniku naruszenia przepisów BHP przez Ubezpieczonego lub wypadek komunikacyjny wystąpił w wyniku naruszenia przepisów ruchu drogowego przez Ubezpieczonego.

3. Niezdolność do pracy zarobkowej ustalana jest na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo. Koszt zleconych badań ponosi Towarzystwo.
4. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej przyznawane jest niezależnie od świadczenia z tytułu inwalidztwa lub uszczerbku na zdrowiu.

§ 20

Świadczenie z tytułu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczonego

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie równej 20% sumy ubezpieczenia.
2. Prawo do świadczenia ustalane jest na podstawie dokumentacji medycznej, a w przypadkach wątpliwych – na podstawie badań medycznych zleconych przez Towarzystwo i przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, koszt zleconych badań ponosi Towarzystwo.
3. Wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu nie stanowi podstawy do przyznania innych świadczeń przewidzianych w ramach niniejszych warunków ubezpieczenia.

§ 21

Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku

1. Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony będzie przebywał w szpitalu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zamieszczonej poniżej:

Tabela świadczeń

Rodzaj świadczenia	Kwota świadczenia
Pobyt na OIOM	500 PLN
Pobyt w szpitalu nie dłuższy niż 7 dni	250 PLN
Pobyt w szpitalu dłuższy niż 7 dni	500 PLN

Świadczenia z tytułu pobytu na OIOM oraz z tytułu pobytu w szpitalu sumują się.

2. Prawo do świadczenia ustalane jest na podstawie dokumentacji medycznej, w szczególności karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

§ 22

Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z ubezpieczeń społecznych koszty przekwalifikowania zawodowego, jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową trwale utracił zdolność do wykonywania pracy zarobkowej w wykonywanym zawodzie w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku i może odzyskać zdolność do pracy po przekwalifikowaniu zawodowym. Zwrot następuje pod warunkiem przedstawienia odpowiedniego orzeczenia lekarza – orzecznika ZUS, na podstawie oryginałów rachunków bądź faktur w wysokości do 2.500 PLN.

§ 23

Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy protez i środków pomocniczych dla Ubezpieczonego

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione na naprawę lub nabycie protez i środków pomocniczych pod warunkiem, że naprawa lub nabycie zalecona została przez lekarza w związku z

nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową. Zwrot następuje na podstawie oryginałów rachunków bądź faktur w wysokości do 2.500 PLN.

§ 24

Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia Ubezpieczonego i rehabilitacji następstw nieszczęśliwego wypadku

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu nie pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione w związku z pobytem w szpitalu, wydatki poniesione na badania, zabiegi i operacje (w tym niezbędne operacje plastyczne mające na celu usunięcie oszpecenia wynikłego z nieszczęśliwego wypadku) oraz zabiegi rehabilitacyjne pod warunkiem, że powyższe zostało zalecone przez lekarza jako niezbędne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową i miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Zwrot następuje na podstawie oryginałów rachunków, bądź faktur w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia.

Wyplata świadczenia

§ 25

1. Towarzystwo wypłaci odszkodowanie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Jeżeli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci odszkodowanie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą bądź częściową odmowę wypłaty odszkodowania.

Skargi i zażalenia

§ 26

1. W każdym przypadku osoba zainteresowana może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia powinny być składane na piśmie w siedzibie Towarzystwa lub przesyłane na adres siedziby Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot skargi lub zażalenia, w szczególności:
 - a) imię i nazwisko, adres i telefon osoby wnoszącej skargę lub zażalenie,
 - b) numer polisy i ewentualnie szkody oraz nazwę Ubezpieczającego,
 - c) opis sytuacji, której dotyczy skarga lub zażalenie,
 - d) treść żądania, które jest przedmiotem skargi lub zażalenia,
 - e) uzasadnienie żądania z przytoczeniem ewentualnych dowodów.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu. W przypadku, jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie oraz rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie skargi lub zażalenia stało się możliwe. O sposobie rozpatrzenia

skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z tą osobą.

4. Niezależnie od trybu określonego w niniejszym paragrafie, organem uprawnionym do rozpatrywania skarg i zażaleń na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Właściwość prawa i sądu

§ 27

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z zawartej umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej.

Postanowienia końcowe

§ 28

1. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia winny być dokonywane na piśmie.
2. W przypadku braku zawiadomienia Towarzystwa o zmianie adresu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego pisma kierowane do tych osób na ostatni znany adres wywierają skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania.
3. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe odbiegające od ustalonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia. W takim przypadku niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się, o ile postanowienia dodatkowe nie stanowią inaczej.
4. Wszelkie warunki ubezpieczenia odmienne od niniejszych muszą być potwierdzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.