



CONCORDIA

UBEZPIECZENIA

GRUPA GENERALI

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

**STOSOWANE DO UMÓW UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
OFERTA „BEZPIECZNA SZKOŁA”**

ŻYCIE I ZDROWIE

SPIS TREŚCI

SKOROWIDZ	3
POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
WARUNKI UBEZPIECZENIA	7
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE	10
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	11
KLAUZULE	12
JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ?	21

ZASADY SKŁADANIA REKLAMACJI

- Klientowi przysługuje prawo do składania reklamacji dotyczących usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
- Poprzez reklamację rozumie się każde wystąpienie Klienta lub jego pełnomocnika, zawierające zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej, Klientem uprawnionym do wniesienia reklamacji jest:
 - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym:
 - osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym z Umowy ubezpieczenia;
 - osoba fizyczna dochodząca roszczeń na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 392 j.t.), w tym również od Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego lub Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;
 - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń – poszukujący ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający lub Ubezpieczony będący osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej.
- Zgodnie z przyjętymi przez Ubezpieczyciela zasadami dotyczącymi reklamacji, Klientem uprawnionym do wniesienia reklamacji są również inne osoby lub podmioty niż wskazane w ust. 3 powyżej, które zgłaszają zastrzeżenia dotyczące działalności wykonywanej przez Ubezpieczyciela lub świadczonych przez Ubezpieczyciela usług.
- Jeśli jednak Umowa ubezpieczenia była zawarta lub miała zostać zawarta za pośrednictwem jednego z pośredników wymienionych poniżej:
 - brokera ubezpieczeniowego;
 - agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tzw. multiagent);

- a jednocześnie reklamacja składana jest w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, reklamacja taka powinna być wniesiona do takiego pośrednika, który jest też zobowiązany do jej rozpatrzenia i udzielenia odpowiedzi Klientowi.
- Reklamacja może zostać złożona przez Klienta lub jego pełnomocnika:
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
 - pisemnie na adres Ubezpieczyciela: **ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań;**
 - telefonicznie pod numerem telefonu **61 858 48 00;**
 - jak również za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **skargi@concordiaubezpieczenia.pl** lub poprzez formularz kontaktowy na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na złożoną reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie do 30 dni od daty jej otrzymania.
- W uzasadnionych przypadkach termin do udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni. Jednakże w razie zaistnienia takiej sytuacji, Klient jest uprzednio informowany o wystąpieniu okoliczności, które wymagają dodatkowych ustaleń i stanowią przyczynę udzielenia odpowiedzi w terminie późniejszym.
- Odpowiedź na złożoną reklamację jest udzielana Klientowi w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na złożoną reklamację może zostać udzielona pocztą elektroniczną.
- Klientowi przysługuje prawo do:
 - złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (dotyczy Klientów będących osobami fizycznymi): **www.rf.gov.pl;**
 - złożenia skargi na czynności Ubezpieczyciela do właściwego Miejskiego/Powiatowego Rzecznika Konsumentów (dotyczy Klientów będących konsumentami): **www.uokik.gov.pl;**
 - wniesienia wniosku o wszczęcie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem (dotyczy Klientów będących osobami fizycznymi) a podmiotem rynku finansowego. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia powyższego postępowania jest Rzecznik Finansowy (adres siedziby: al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; adres strony internetowej: **www.rf.gov.pl;**);
 - złożenia odwołania do Sądu Polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego: **www.knf.gov.pl;**
 - wniesienia sprawy przed sąd powszechny, którego właściwość ustalona będzie zgodnie z właściwymi przepisami prawa (przepisami Kodeksu postępowania cywilnego, ustawy regulującej wykonywanie działalności ubezpieczeniowej lub ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych);
 - wniesienia wniosku o rozstrzygnięcie sporu w drodze pozasądowego postępowania za pomocą platformy ODR prowadzonej przez Komisję Europejską (internetowy system rozstrzygania sporów), jeżeli Klient zawarł umowę ubezpieczenia za pośrednictwem Internetu (**www.ec.europa.eu/consumers/odr**).
- Ponadto, Klient będący osobą fizyczną ma możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej korzystając z usług:
 - Rzecznika Finansowego (**www.rf.gov.pl**);
 - Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta – w odniesieniu do tych Klientów, którzy zawarli z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia (**www.uokik.gov.pl**).
- Właściwym dla Ubezpieczyciela organem nadzoru jest Komisja Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie (ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa).
- Ubezpieczyciel na żądanie składającego reklamację potwierdza fakt jej złożenia pisemnie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

Wykaz postanowień umownych – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

OWU stosowane do umów ubezpieczenia grupowego i indywidualnego następstw nieszczęśliwych wypadków	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 6
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	§ 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 12 ust. 1 pkt) 2 a)
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 4 ust. 6 i 7; § 3 ust. 12–13; § 17
Suma ubezpieczenia	§ 8

W stosunku do zakresu ubezpieczenia w ramach poszczególnych klauzul – niezbędne jest również zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Oznacza to, że Klienta obowiązują zapisy obu tabel (powyższej i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula 1 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 2 ust. 6
Klauzula 2 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym	§ 2; § 3	§ 3 ust. 4
Klauzula 12 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 19 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 4; § 4 ust. 1 pkt II.2), III.2) i III.3); § 4 ust. 3; § 5

Klauzula 24 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 2; § 5
Klauzula 28 Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust. 2; § 4
Klauzula 37 Zapadnięcie Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula 39 Przerwanie nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby	§ 2; § 3	§ 2 ust. 4 i 5
Klauzula 45 Koszty leczenia Ubezpieczonego i pakiet świadczeń pielęgnacyjnych związanych z następstwem nieszczęśliwego wypadku	§ 2; § 3	§ 3 ust.11 i 12
Klauzula 54 Pakiet Żak	§ 1; § 2	§ 2

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja Umowy oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem a Ubezpieczającymi.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia OWU oraz postanowienia tych klauzul, w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa.
- Za zgodą stron do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest zachowanie formy pisemnej oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/klauzul,
 - postanowienia klauzul,
 - postanowienia OWU.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w Umowie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (Umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest wyczynowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 31) OWU. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- choroba** – istniejące niezależnie od woli Ubezpieczonego zaburzenia funkcjonalności organów ciała, stan, który zgodnie z wiedzą medyczną wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę; za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- choroba przewlekła** – choroba lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowo porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka;
- choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne o kodach od F00 do F99;
- choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – całkowita utrata przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, która w rozumieniu OWU nie jest trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy;
- karencja** – okres liczony od dnia obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w miesiącach, przy czym przyjmuje się, że każdy miesiąc liczy 30 dni;
- klauzula** – postanowienia, w których zostało zdefiniowane ryzyko, w ramach którego udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa oraz zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
- lekarz orzecznik** – lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika Ubezpieczony wniósł sprzeciw albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orazekającą w drugiej instancji o niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- miejsce aktywności** – miejsce pracy zawodowej lub nauki (w przypadku obejmowania ochroną wychowanków, uczniów lub studentów – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia, uczelnie wyższe oraz inne placówki wychowawcze) lub aktywności sportowej (w przypadku obejmowania ochroną osób, które w sposób wyczynowy lub amatorski uprawiają sport);
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego

- ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- ochrona udzielana w wariantcie ograniczonym** – jeden z wariantów ochrony występujący wyłącznie w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej i oznacza, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków dotyczy jedynie skutków zdarzeń, jakim może ulec Ubezpieczony w miejscu aktywności oraz w czasie drogi „do” lub „z” miejsca aktywności, przy czym odpowiedzialność w czasie drogi istnieje wyłącznie, gdy droga ta była najkrótsza lub najdogodniejsza komunikacyjnie dla Ubezpieczonego;
 - okres rozliczeniowy** – w przypadku opłacania składki regularnej – okres, którego dotyczy płatność danej składki regularnej, to jest:
 - miesiąc – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością miesięczną;
 - kwartał – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością kwartalną;
 - półroczcie – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością półroczną;
 - rok – w przypadku opłacania składek regularnych z częstotliwością roczną;
 - pojazd** – środek transportu przystosowany do poruszania się po drodze, wodzie lub w powietrzu, w szczególności pojazd silnikowy w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym, motorower, rower, przyczepa lub inny pojazd napędzany silnikiem, przeznaczony do użytku na drogach lądowych, a także w wodzie lub powietrzu;
 - pracownik** – osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę, osoba wykonująca pracę nakładczą na podstawie pisemnej umowy z pracodawcą, osoba zatrudniona na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej bądź innej podobnej umowy, osoba zatrudniona na podstawie kontraktu menedżerskiego, osoba zatrudniona na podstawie umowy zawartej w następstwie powołania lub wyboru tej osoby do organu reprezentującego, a także osoba będąca członkiem bądź współnikiem jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej;
 - stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
 - szpital** – działający w kraju lub na terenie pozostałych państw Unii Europejskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym. W rozumieniu OWU pojęcie szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, oddziałów dziennych, hoteli przyszpitalnych, a także oddziałów szpitalnych, ośrodków lub innych jednostek organizacyjnych: rehabilitacyjnych, rekonwalescencyjnych, dla nerwowo i psychicznie chorych, dla przewlekłe chorych, sanatoryjnych, uzdrowskowych, leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych lub innych;
 - trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej;
 - inwalidztwo** – wskazane w Załączniku nr 3 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - trwałe kalectwo** – wskazane w Załączniku nr 2 uszkodzenie określonych części ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** – wskazane w Załączniku nr 1 uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia powodujący takie upośledzenie sprawności organizmu bądź jego części, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
 - Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
 - Ubezpieczyciel** – Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Concordia Polska;
 - udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie

tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 26) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 27) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
- 28) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 29) **Współubezpieczony** – inna niż Ubezpieczony osoba, z której życiem bądź zdrowiem związana jest ochrona udzielana w ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonego;
- 30) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 31) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
- a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - b) jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - c) łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu;
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

§ 3 Umowa ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta:
 - 1) na czas określony:
 - a) w przypadku Umowy okresowej – na czas trwania wycieczki, wczasów, kolonii, obozu, pobytu w sanatorium itp.;
 - b) w przypadku Umowy rocznej – na okres jednego roku, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony;
 - c) w przypadku Umowy długoterminowej – na wielokrotności okresu jednego roku, licząc od daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia jako początek udzielania ochrony;
 - 2) na czas nieokreślony – jedynie w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, w odniesieniu do Umów rocznych oraz długoterminowych Umowa ubezpieczenia może być automatycznie przedłużona na kolejne, analogiczne do poprzedniej Umowy okresy ubezpieczenia, jeśli:
 - 1) żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużeniu Umowy i
 - 2) zostanie zapłacona kolejna składka jednorazowa bądź składka regularna na poczet kolejnego okresu ubezpieczenia.

W niniejszym trybie Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie. Zasada automatycznego przedłużenia Umowy na analogiczny okres ubezpieczenia obowiązuje wyłącznie wtedy, jeśli wynika to z dokumentu ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do Umów, które mogą ulegać automatycznemu przedłużeniu na zasadach określonych w ust. 2, Ubezpieczający i Ubezpieczyciel najpóźniej na 30 dni przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia, mogą zaproponować drugiej stronie przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, przy czym Ubezpieczyciel w odniesieniu do

Umowy zawartej w formie grupowej może zastrzec, że:

- 1) Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu wobec tych Ubezpieczonych, którzy nie wyrażą zgody na zmianę warunków Umowy;
 - 2) lub że Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu w całości w przypadku, gdy zgody na zmianę warunków Umowy nie udzieli odpowiednia liczba Ubezpieczonych;
 - 3) lub Umowa ubezpieczenia na nowych warunkach będzie obowiązywać wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, którzy wyrazili na to zgodę, natomiast w odniesieniu do pozostałych będzie obowiązywać na warunkach dotychczasowych.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, jeśli druga strona przed końcem bieżącego okresu ubezpieczenia nie wyrazi zgody na przedłużenie Umowy na kolejny analogiczny okres ubezpieczenia na warunkach odmiennych od dotychczasowych, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.
5. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta w formie:
- 1) grupowej imiennej:
 - a) ze stałą listą Ubezpieczonych – w której ewentualne zmiany w grupie osób Ubezpieczonych wymagają zgody Ubezpieczyciela i aneksu do Umowy ubezpieczenia (zgodnie z § 15 ust. 3, jednak z uwzględnieniem sytuacji, o których mowa w § 15 ust. 2 oraz § 15 ust. 5);
 - b) ze zmienną listą Ubezpieczonych – w której zmiany w grupie Ubezpieczonych odbywają się w sposób automatyczny wskutek przesyłania przez Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi listy Ubezpieczonych w trybie opisanym w § 15 ust. 4, jednak z uwzględnieniem sytuacji, o których mowa w § 15 ust. 2 oraz § 15 ust. 5);
 - 2) grupowej bezimiennej;
 - 3) indywidualnej.
- Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1), zawierana jest ze stałą listą Ubezpieczonych, chyba że z dokumentu ubezpieczenia wynika, że została zawarta ze zmienną listą Ubezpieczonych.
6. Umowę ubezpieczenia w formie grupowej zawiera się w przypadku obejmowania ochroną minimum 3 osób. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej, ochroną ubezpieczeniową może być objęta grupa osób będących pracownikami Ubezpieczającego, uczniami, studentami bądź wychowankami Ubezpieczającego, sportowcami zrzeszonymi bądź zatrudnionymi przez Ubezpieczającego bądź inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym.
7. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej imiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osoby wymienione w imiennym wykazie stanowiącym załącznik do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, na którym widnieją imiona i nazwiska Ubezpieczonych, numery PESEL i/lub daty urodzenia (lista Ubezpieczonych).
8. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie grupowej bezimiennej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną wszystkie osoby należące do określonej kategorii, w szczególności osoby będące pracownikami (w przypadku obejmowania ochroną pracowników Ubezpieczającego), uczniami, studentami wychowankami (w przypadku obejmowania ochroną uczniów lub studentów lub wychowanków Ubezpieczającego), sportowcami (w przypadku obejmowania ochroną przez Ubezpieczyciela osób, które w sposób wyczynowy lub amatorski uprawiają sport) lub inne osoby uznane przez Ubezpieczyciela za związane z Ubezpieczającym (np. uczestnicy imprez masowych, pensjonariusze itd.), określone w Umowie ubezpieczenia.
9. W odniesieniu do Umowy zawartej w formie indywidualnej, Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
10. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
11. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. OWU określają jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
12. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek, obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
- 1) doręczenie Ubezpieczonemu warunków Umowy (w tym OWU). Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
13. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego



obowiązkom wskazanym w ust. 12 – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.

§ 4

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać w szczególności: sumę ubezpieczenia oraz klauzule, w ramach których Ubezpieczyciel ma ponosić odpowiedzialność.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się następujące dokumenty:
 - deklaracje przystąpienia poszczególnych osób – o ile wymaga tego Ubezpieczyciel,
 - w odniesieniu do Umowy w formie grupowej imiennej – wykaz osób zgłoszonych do ubezpieczenia (listę Ubezpieczonych),
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, w szczególności niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie wskazanym w wezwaniu.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 3, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela, będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych od wnioskowanych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są obowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, OWU, klauzul w ramach których została udzielona ochrona ubezpieczeniowa oraz ewentualnych postanowień dodatkowych lub odmiennych od ustalonych w OWU.

§ 5

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia:
 - w odniesieniu do Umów zawieranych w formie indywidualnej – z dniem upływu okresu wypowiedzenia;
 - w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym upływa okres wypowiedzenia;
 - nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 11 – z dniem upływu terminu do zapłaty;
 - upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia (chyba że Umowa zostanie przedłużona w trybie określonym w § 3 ust. 2);
 - śmierci Ubezpieczającego – z dniem śmierci Ubezpieczającego;
 - w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie indywidualnej:
 - dożycia przez Ubezpieczonego 81 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 81 roku życia;
 - śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

§ 6

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem Umowy ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków lub choroby Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu może dotyczyć również zdarzeń związanych z życiem lub zdrowiem osób Współubezpieczonych – pod warunkiem włączenia do Umowy ubezpieczenia

odpowiedniej klauzuli, przewidującej ochronę ubezpieczeniową w odniesieniu do Współubezpieczonego. Wszelkie postanowienia OWU dotyczące wyłączeń w ochronie ubezpieczeniowej odnoszą się w takim przypadku również do Współubezpieczonych – chyba że postanowienia OWU bądź danej klauzuli stanowią inaczej.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje klauzulę, z której postanowien to wynika, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może polegać również na realizacji świadczenia w postaci spełnienia określonych usług przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia może obejmować jedną lub kilka klauzul (ryzyk), będących w ofercie Ubezpieczyciela, na podstawie których wypłacane bądź spełniane są świadczenia w razie wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie tych klauzul. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul oraz w dokumencie ubezpieczenia.
- W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie zapisów poszczególnych klauzul, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika co innego.
- Osobie, która była Ubezpieczona na podstawie kilku Umów ubezpieczenia przysługują świadczenia z każdej Umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.
- W okresie, w którym ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej klauzuli nie jest udzielana ze względu na fakt, iż zgodnie z postanowieniami tej klauzuli ochrona ubezpieczeniowa:
 - jeszcze nie rozpoczęła się (z uwagi na zapisy dotyczące karencji);
 - bądź uległa zawieszeniu;
 - bądź wygasła na skutek osiągnięcia przez Ubezpieczonego określonego wieku lub na skutek zaistnienia innej wskazanej w ramach tej klauzuli okoliczności;
 Ubezpieczyciel na okres braku ochrony ubezpieczeniowej w ramach takiej klauzuli udziela zamiast tego ochrony w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku, w którym Ubezpieczony na skutek takiego przekształcenia ochrony jest objęty wielokrotnie ochroną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenia wypłacane w ramach tej klauzuli podlegają kumulacji.

§ 8

Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia dla poszczególnych klauzul (ryzyk) ustalana jest przez strony w dokumencie ubezpieczenia, o ile nie wynika wprost z postanowień danej klauzuli.
- Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach danego ryzyka, na zasadach ustalonych w OWU lub postanowień danej klauzuli.

§ 9

Składka

- Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia, w szczególności zastosowanie okresów karencji. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia, wykonywanego zawodu, w odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej – liczby Ubezpieczonych.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
- W przypadku Umów ubezpieczenia zawartych w formie grupowej imiennej, opłacana przez Ubezpieczającego składka powinna odpowiadać iloczynowi liczby osób Ubezpieczonych oraz kwoty składki za jednego Ubezpieczonego.
- Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego lub przekazano uprawnionemu przedstawicielowi Ubezpieczyciela.
- Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Ubezpieczyciel dopuszcza możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej – z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do

składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.

8. Niezapłacenie składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej w wymaganym terminie powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony/Ubezpieczona nie będą objęci ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności po dacie początku odpowiedzialności.
9. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
10. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
11. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, o której mowa w ust. 9, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki po dacie początku odpowiedzialności – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego na piśmie wskazując dodatkowo, co najmniej 7-dniowy termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela, jako ostateczny termin jej uregulowania.
12. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawartych w formie grupowej imiennej, w przypadku, gdy składka regularna zapłacona przez Ubezpieczającego jest niższa niż łączny liczbą osób Ubezpieczonych oraz kwoty składki za jednego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu rozwiązanie Umowy w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których nie zapłacono składki w dodatkowym wyznaczonym terminie. W takim przypadku, jeżeli Ubezpieczający chce skorzystać z takiej możliwości, jest zobowiązany – najpóźniej w dniu wyznaczonym przez Ubezpieczyciela – do złożenia Ubezpieczycielowi oświadczenia ze wskazaniem w stosunku do których Ubezpieczonych Umowa ma ulec rozwiązaniu. Warunkiem skuteczności takiego oświadczenia Ubezpieczającego jest również to, że liczba osób wskazanych przez Ubezpieczającego powinna odpowiadać kwocie niedopłaty składki. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego skutecznego oświadczenia, o którym mowa w zdaniach poprzednich, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w odniesieniu do osób wskazanych przez Ubezpieczającego. W przypadku niezłożenia przez Ubezpieczającego takiego oświadczenia oraz braku zapłaty kwoty zaległości w składce, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w całości.
13. W przypadku wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela przed upływem okresu, za który została zapłacona składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej przypadający od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności do końca okresu, za który została zapłacona składka. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki zapłaconej za danego Ubezpieczonego nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
14. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczycielowi przysługuje zapłata składki za okres ponoszenia odpowiedzialności.

§ 10 Warianty ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest:
 - 1) w wariantcie pełnym: 24 godziny na dobę, na terenie całego świata;
 - 2) w wariantcie ograniczonym: w pracy oraz w drodze do/z pracy lub innego miejsca aktywności.
2. Wariant ochrony ubezpieczeniowej wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest zgodnie z postanowieniami OWU oraz postanowieniami klauzul objętych Umową ubezpieczenia.

§ 11 Okres ochrony ubezpieczeniowej

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W odniesieniu do Umów rocznych oraz długoterminowych automatyczne przedłużenie obowiązywania Umowy ubezpieczenia na kolejny analogiczny okres zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 2, powoduje automatyczne przedłużenie okresu ubezpieczenia na taki analogiczny okres. W takim przypadku Ubezpieczyciel nie wystawia nowego dokumentu ubezpieczenia.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych/Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
6. W przypadku Umów zawieranych w formie grupowej imiennej, w odniesieniu do osób, które zostały zgłoszone Ubezpieczycielowi do ubezpieczenia, zgodnie z zapisami § 15 ust. 3 i 4, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do takich osób rozpoczyna się:
 - 1) w odniesieniu do Umów zawartych ze stałą listą Ubezpieczonych – z dniem ustalonym w aneksie do Umowy ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do Umów zawartych ze zmienną listą Ubezpieczonych – od

pierwszego dnia miesiąca rozpoczynającego dany okres rozliczeniowy, którego dotyczy zgłoszona lista osób Ubezpieczonych.

7. W przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa wobec nowego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.

§ 12 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich klauzul objętych Umową, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie indywidualnej:
 - a) z ostatnim dniem miesiąca, w którym dany Ubezpieczony ukończył 81 lat;
 - 2) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej:
 - a) z dniem, w którym dany Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 4;
 - b) w odniesieniu do Umów zawieranych w formie grupowej bezimiennej – z dniem, w którym dany Ubezpieczony przestał spełniać określone w Umowie warunki kwalifikujące go do kategorii osób objętych ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z § 3 ust. 8;
 - c) z ostatnim dniem miesiąca, w którym zgodnie z postanowieniami ust. 5, Ubezpieczający przekazał Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie dotychczasowego Ubezpieczonego na innego Ubezpieczonego;
 - d) z ostatnim dniem miesiąca, w którym dany Ubezpieczony ukończył 71 lat;
 - 3) w odniesieniu do wszystkich Umów (zawartych zarówno w formie indywidualnej jak i grupowej):
 - a) z dniem śmierci danego Ubezpieczonego;
 - b) z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1 (ochrona ubezpieczeniowa wygasa wobec wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy).
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach poszczególnych klauzul, o których mowa w § 7 ust. 1, w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych klauzul.
3. W przypadku gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach danej klauzuli ulegnie zawieszeniu bądź wygaśnię, ochrona udzielana w ramach tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.
4. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej (zarówno bezimiennej jak i imiennej, a w przypadku formy imiennej – zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczony może wystąpić z Umowy ubezpieczenia z zachowaniem 1-miesięcznego terminu, którego koniec przypada na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o zrezygnowaniu przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej. Z dniem upływu powyższego terminu Ubezpieczony występuje z Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie zostanie złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.
5. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczającemu przysługuje prawo zmiany Ubezpieczonych. Zmiana Ubezpieczonego wchodzi w życie z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone Ubezpieczycielowi oświadczenie o zmianie Ubezpieczonych.

§ 13 Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do wszystkich ryzyk (klauzul) Ubezpieczyciel w stosunku do Ubezpieczonego i Współubezpieczonych nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego/Współubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego/Współubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, działań zbrojnych, misji pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażycia narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - 6) pozostawania w stanie nietrzeźwości, uzależnienia od alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub innych substancji i leków użytych bądź ich spożywania bez zaleceń ze strony lekarza, niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 7) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych



- w pkt 6) (np. marskość wątroby);
- 8) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa;
 - 9) wykonywania procedur medycznych lub leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane;
 - 10) w związku z poddaniem się eksperymentowi medycznemu;
 - 11) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza;
 - 12) prowadzenia pojazdu mechanicznego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 13) wad wrodzonych, w tym mających charakter dziedziczny i schorzeń będących ich skutkiem, chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych oraz – o ile postanowienia danej klauzuli nie stanowią inaczej – chorób przewlekłych;
 - 14) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia zawieranej w formie indywidualnej bądź przystąpieniem przez Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej;
 - 15) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym jakiegokolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób wyczynowo uprawiających sport i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z wyczynowym uprawianiem sportu;
 - 16) uprawiania sportów w miejscach niedozwolonych;
 - 17) amatorskiego uprawiania następujących sportów: wspinaczki przy użyciu specjalistycznego sprzętu, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe; wyłączenie to nie dotyczy przypadków, gdy Umowa zawierana jest na rzecz osób uprawiających ww. dyscypliny sportu i jednocześnie miejsce aktywności wskazane przez Ubezpieczającego związane jest z tymi dyscyplinami sportu;
 - 18) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
 - a) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
 - b) Ubezpieczony/Współubezpieczony/eni był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
3. Przy ocenie stopnia doznanej utraty zdrowia nie bierze się pod uwagę wszystkich tych rodzajów uszczerbku na zdrowiu, których Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w wyniku innych zdarzeń, w tym z przyczyn naturalnych. Na ustalenie stopnia utraty zdrowia wpływu nie ma także rodzaj czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego (Współubezpieczonego).

§ 14 Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji dla poszczególnych klauzul na zasadach wskazanych w ustępach poniższych.
2. Okresy karencji rozpoczynają się od dnia, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego. Okresy karencji – jeśli mają zastosowanie – wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. W okresie karencji, mającym zastosowanie zgodnie z postanowieniami danej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa w tej klauzuli automatycznie przekształca się w ochronę ubezpieczeniową udzielaną w ramach klauzuli Inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, na zasadach wskazanych w § 7 ust. 5.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, w stosunku do
 - 1) osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach grupowych Umów ubezpieczenia po zawarciu Umowy;
 - 2) Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach indywidualnych Umów ubezpieczenia
 Ubezpieczyciel stosuje karencję w odniesieniu do wszystkich ryzyk, w ramach których zgodnie z postanowieniami klauzul karencja ma zastosowanie, na zasadach określonych w postanowieniach tych klauzul.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6, karencja nie ma zastosowania w odniesieniu do danego ryzyka, pod następującymi warunkami spełnionymi łącznie:
 - 1) Ubezpieczony przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU zrezygnował z ochrony

- ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń (przez co rozumie się złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy bądź wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia indywidualnego albo wystąpienie z Umowy ubezpieczenia grupowego);
 - 2) inny zakład ubezpieczeń w ramach takiej innej Umowy ubezpieczenia udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do analogicznego ryzyka, które jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie klauzuli w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, która to klauzula przewiduje okres karencji;
 - 3) od momentu rezygnacji z poprzedniej Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń lub od momentu wygaśnięcia ochrony w ramach analogicznego ryzyka objętego ochroną w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia do momentu objęcia ochroną w ramach Umowy zawartej na podstawie OWU nie upłynął okres dłuższy niż 35 dni;
 - 4) z zastrzeżeniem ust. 6, okres karencji ulega skróceniu o okres, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie takiego analogicznego ryzyka w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z innym zakładem ubezpieczeń.
6. W przypadku wskazanym w ust. 5, do momentu, w którym upłynąłby okres karencji przewidziany w postanowieniach danej klauzuli, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w granicach wynikających z warunków poprzedniej Umowy ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz w granicach wynikających z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU (z uwzględnieniem postanowień danej klauzuli). Oznacza to, że Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z uwzględnieniem tego limitu odpowiedzialności, który jest niższy oraz z uwzględnieniem tych ograniczeń zakresu ubezpieczenia, które są szersze.
7. Postanowienia ust. 5 i 6 stosuje się odpowiednio również w odniesieniu do sytuacji, w której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem (Concordia Polska).

§ 15 Szczegółowe postanowienia dotyczące Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej

1. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej mają zastosowanie postanowienia ustępów poniższych.
2. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych) Ubezpieczający w każdym momencie może zgłosić Ubezpieczycielowi wystąpienie okoliczności powodujących wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonych, o których to okolicznościach mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a) – b). W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wobec takich osób wygaśnie zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a) – b), a Ubezpieczyciel dokona odpowiedniego przeliczenia i zwrotu nadpłaconej składki, zgodnie z zasadami wskazanymi w § 9 ust. 13.
3. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej ze stałą listą Ubezpieczonych, objęcie ochroną ubezpieczeniową osób nieujętych w wykazie, o którym mowa w § 4 ust. 2 pkt 2) – to jest liście Ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia przy zawarciu Umowy – wymaga zgłoszenia przez Ubezpieczającego wniosku o objęcie nowych osób ochroną ubezpieczeniową oraz zgody Ubezpieczyciela na objęcie tych osób ochroną wyrażonej w drodze aneksu do Umowy.
4. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej ze zmienną listą Ubezpieczonych:
 - 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego pierwszy dzień nowego okresu rozliczeniowego (o ile strony nie ustaliły innego terminu przekazywania Ubezpieczycielowi tej listy);
 - 2) Ubezpieczający może przy tym wskazywać według swojego uznania osoby, wobec których ochrona ubezpieczeniowa ma być udzielana w danym okresie rozliczeniowym (oznacza to, że wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej nie jest warunkowane przesłankami, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 1 a) lub § 12 ust. 1 pkt 2 a)–b);
 - 3) w przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczającego listy osób objętych ochroną ubezpieczeniową w danym okresie rozliczeniowym w terminie określonym w pkt 1), przyjmuje się, że lista ta nie uległa zmianie.
5. W odniesieniu do Umów ubezpieczenia zawieranych w formie grupowej imiennej (zarówno ze stałą listą Ubezpieczonych, jak i ze zmienną listą Ubezpieczonych), niezależnie od postanowień ust. 2–4, Ubezpieczający może zgłosić Ubezpieczycielowi zmianę osoby Ubezpieczonego, co wywołuje skutki określone w § 12 ust. 5, zdanie ostatnie.
6. Informacje, o których mowa w ustępach powyższych, powinny być przekazywane przez Ubezpieczającego w formie pisemnej albo – jeżeli wynika to z ustaleń stron lub dokumentu ubezpieczenia – drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczyciela adres e-mail lub poprzez systemy informatyczne wskazane przez Ubezpieczyciela. W przypadku wskazania jako właściwej drogi elektronicznej, informacje przekazywane w inny sposób uważa się za bezskuteczne.

§ 16

Osoby uprawnione do świadczenia Uposażony

1. W odniesieniu do ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul, o ile z postanowień danej klauzuli nie wynika inaczej, Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela – Uprawnionymi do świadczenia są spadkobiercy Ubezpieczonego.
2. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi w ustępach poniższych.
3. Zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
 - 5) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2) do 4) powyżej.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczony. Ubezpieczony ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej.
5. W przypadku, w którym Ubezpieczony nie wyznaczył Uposażonego lub w przypadku, gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, przyjmuje się, że Uprawnionymi do świadczenia są:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego (o ile nie pozostaje w separacji);
 - 2) jeśli brak Uprawnionego, o którym mowa w pkt 1) – naturalne bądź przysposobione dzieci Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - 3) jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 2) – rodzice Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego);
 - 4) jeśli brak Uprawnionych, o których mowa w pkt 3) – spadkobiercy Ubezpieczonego (świadczenie dzieli się w częściach równych na każdego Uprawnionego).

- 8) dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z prokuratury lub sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
 - 9) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia;
 - 10) poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
 3. W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
 4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
 5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku lub w którym uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.

§ 18

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Umowie Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania lub 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 w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
4. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.
7. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na badania, celem ustalenia stanu zdrowia tej osoby dla celów określenia rozmiaru należnego świadczenia. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Stan zdrowia takiej osoby może zostać ustalony również na podstawie dokumentacji lekarskiej, w szczególności w przypadku, gdy osoba ta już zmarła.
8. W przypadku, gdy ustalenie rozmiarów świadczenia zależy od ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa (w odniesieniu do świadczeń, których dotyczą klauzule przewidujące odpowiedzialność Ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzeń w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się w sposób następujący:
 - 1) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest w procentach, w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała lub

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 17

Postępowanie w razie zdarzenia

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego/ Uprawnionego/ Uposażony jest obowiązany:
 - 1) każde zdarzenie powstałe w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty zajścia zdarzenia;
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub o złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po zdarzeniu;
 - 5) poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela;
 - 6) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej;
 - 7) umożliwić zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia zdarzenia;



utruty zdrowia, w granicach wskazanych dla danego rodzaju uszkodzenia ciała lub utraty zdrowia zgodnie z:

- a) Tabelą rodzaju uszczerbku (Załącznik nr 1) – dla stopnia trwałego uszczerbku;
 - b) Tabelą rodzaju kalectwa (Załącznik nr 2) – dla stopnia trwałego kalectwa;
 - c) Tabelą rodzaju inwalidztwa (Załącznik nr 3) – dla stopnia inwalidztwa.
- 2) Tabele, o których mowa w pkt 1), są dostępne w placówkach Ubezpieczyciela, na stronie internetowej: www.concordiaubezpieczenia.pl oraz stanowią załącznik do OWU.
 - 3) Jeśli w wyniku jednej i tej samej przyczyny Ubezpieczony lub Współubezpieczony dozna więcej niż jednego rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa, z zastrzeżeniem pkt 4), stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się poprzez zsumowanie wartości procentowych poszczególnych rodzajów uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia, z tym zastrzeżeniem, że łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa nie może przekroczyć 100%.
 - 4) W przypadku gdy dany rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w Tabelach, o których mowa w pkt 1), zawiera w sobie również inny rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określony w tychże Tabelach, jako podstawę do ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa przyjmuje się jedynie ten rodzaj uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, który zawiera w sobie inne rodzaje uszkodzeń ciała lub rozstrojów zdrowia (przykładowo – w przypadku utraty całej kończyny dolnej Ubezpieczyciel nie będzie uwzględniał osobno uszkodzeń ciała takich jak utrata podudzia czy utrata stopy).
 - 5) Jeżeli dojdzie do utraty bądź uszkodzenia narządu bądź układu, którego funkcje przed zajściem zdarzenia były już upośledzone w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa istniejącym po i przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 6) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, którego następstwem był trwały uszczerbek na zdrowiu, trwałe kalectwo lub inwalidztwo. Późniejsza zmiana (polepszenie lub pogorszenie) stanu zdrowia nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 - 7) Rodzaj i stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego kalectwa lub inwalidztwa ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela, na podstawie tabel, o których mowa w pkt 1).

3. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 22 Przepisy mające zastosowanie do Umowy

1. Umowa ubezpieczenia podlega prawu polskiemu. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 23 Zatwierdzenie i wejście w życie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

Członek Zarządu
Arkadiusz Wiśniewski

Prezes Zarządu
Maciej Fedyna

§ 19 Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 20 Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku, gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądz (np. usłudze) realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klausuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21 Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. O ile inna forma składania oświadczeń nie wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa lub postanowień OWU, w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia na piśmie.

KLAUZULE

KLAUZULA 1 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło:
 - w następstwie postrzelenia w trakcie strzelaniny pomiędzy napastnikami i policją
lub
 - w następstwie pogryzienia przez psa,
lub
 - śmierć w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku poniosło oboje rodziców (prawnych opiekunów), których wszystkie dzieci są od nich finansowo zależne i są poniżej 18 roku życia,
Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie określone w ust. 3.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty jednego dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 3, bez względu na to czy zaszły okoliczności wskazane w ust. 2 pkt 1), 2), 3) łącznie, czy jedno z osobna.
- W odniesieniu do zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 3), warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest to, aby wszystkie osierocone dzieci w chwili zajścia zdarzenia nie miały ukończonego 18 roku życia i pozostawały na utrzymaniu rodziców.
- Górna granica odpowiedzialności z tytułu dodatkowego świadczenia wskazanego w ust. 2 wynosi 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie wskazane w ust. 2, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło na terenie RP.

§ 3 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 4 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 2 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W RUCHU KOMUNIKACYJNYM

§ 1 Definicje

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- komunikacja publiczna** – korzystanie z komunikacji miejskiej, tj. przejazd: autobusami, tramwajami, metrem, trolejbusem i/lub komunikacji międzymiastowej na terenie RP, tj. przejazd pociągami, autobusem w ramach usług świadczonych przez przedsiębiorstwo komunikacji samochodowej lub przelot samolotem licencjonowanych linii lotniczych;
- ruch komunikacyjny** – taki rodzaj czynności, w których Ubezpieczony jest uczestnikiem ruchu jako pieszy lub kierujący lub pasażer w/na pojeździe w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- Z zastrzeżeniem ust. 4, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w niniejszej klauzuli, Ubezpieczyciel wypłaci sumę ubezpieczenia określoną dla ryzyka objętego ochroną na podstawie niniejszej klauzuli.
- Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną lub przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony w trakcie wypadku miał zapięte pasy bezpieczeństwa, a dany pojazd posiadał poduszki bezpieczeństwa i miał ważny przegląd techniczny, Ubezpieczyciel wypłaci oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie określone w ust. 3.
- Z zastrzeżeniem ustępów poniższych, dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, wynosi:
 - 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli wypadek nastąpił w czasie podróży Ubezpieczonego komunikacją publiczną
lub
 - 15% sumy ubezpieczenia dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jeśli przebywający w pojeździe mechanicznym Ubezpieczony miał zapięte pasy bezpieczeństwa oraz dany pojazd posiadał ważny przegląd techniczny i był wyposażony w poduszki bezpieczeństwa.
- Jeśli bezpośrednią przyczyną wypadku komunikacyjnego będzie przekroczenie przez Ubezpieczonego – będącego kierowcą pojazdu mechanicznego – dopuszczalnej prędkości o co najmniej 60 km/h, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, oraz ograniczy świadczenie, o którym mowa w ust. 1, do 50% sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenie, o którym mowa w ust. 2, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło na terenie RP.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 12 TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- uciążliwość leczenia** – sytuacja, w której Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez przynajmniej 7 dób i/lub przebywał na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 30 dni, a po zakończeniu leczenia nie stwierdzono jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego danym nieszczęśliwym wypadkiem;
- niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia



ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeśli dany uszczerbek na zdrowiu nastąpił wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

2. Ubezpieczyciel ponosi również odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku uciążliwości leczenia, jeśli sytuacja kwalifikowana jako uciążliwość leczenia w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli wystąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku i rozpoczęła się w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów uszczerbku (Załącznik nr 1).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia w ciągu jednego rocznego okresu ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz bez względu na ilość trwałych uszczerbków na zdrowiu doznanych przez Ubezpieczonego. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, za który Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku zajdzie sytuacja zdefiniowana jako uciążliwość leczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajęcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Jeżeli Ubezpieczonemu zostanie wypłacone świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonemu będzie należne świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszona o kwotę wypłaconego wcześniej świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 19 POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej; wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów; przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia i wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 2) **sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład lecznictwa, zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 3) **pobyt w sanatorium** – sytuacja, w której Ubezpieczony przebywał w sanatorium nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni, na podstawie skierowania wydanego i zatwierdzonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczenia, przez właściwy organ państwowy.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pomiędzy zajściem nieszczęśliwego wypadku powodującym konieczność hospitalizacji, a początkiem pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie minęło więcej niż 30 dni. Ponadto, za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem uważa się tylko pierwszy pobyt w szpitalu, którego przyczyną był dany nieszczęśliwy wypadek. Wszystkie inne przyczyny pobytu w szpitalu, niebędące następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel traktować będzie jako pobyt w szpitalu w następstwie choroby.
2. Pobyt Ubezpieczonego w jakichkolwiek placówkach medycznych wymienionych w niniejszej klauzuli (szpital, sanatorium, OIOM) może być spowodowany wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie przynajmniej 2 dni, nie wliczając w to dnia przyjęcia do szpitala.
4. Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uznaje się pobytu w szpitalu, który nastąpił:
 - 1) wyłącznie w związku z wykonywaniem rutynowych, kontrolnych lub diagnostycznych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich,
 - 2) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznej – kosmetycznej lub operacji zmiany płci, z wyjątkiem leczenia oszpeceń i skaleczeń, które były następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) w następstwie kłęski żywiołowej lub epidemii, ogłoszonych przez uprawnione organa administracji państwowej,
 - 4) w następstwie zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień (w tym w szczególności uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków),
 - 5) w wyniku leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że związane one były z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3 Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – alternatywnie – w wariacie:
 - 1) standardowym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (w tym pobyt na OIOM, ale nieobejmujący pobytu w sanatorium i na oddziale rehabilitacyjnym szpitala);
 - 2) pełnym – obejmującym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala, bądź w sanatorium oraz świadczenie dodatkowe na wypadek pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM).
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

I. Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego w szpitalu (dieta dzienna).

II. Pobyt Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 25% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym szpitala bądź w sanatorium (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 30 dni pobytu na oddziale rehabilitacyjnym szpitala i w sanatorium w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

III. Pobyt Ubezpieczonego na OIOM

1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci pobytu Ubezpieczonego na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia świadczenia ubezpieczeniowego w postaci kwoty pieniężnej stanowiącej 100% świadczenia dziennego za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za każdy dzień przebywania Ubezpieczonego na OIOM (dieta dzienna).

2) Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w pkt 1), nie może przekroczyć diety wypłacanej za 7 dni pobytu na OIOM – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczony od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu.

3) Za pobyt Ubezpieczonego na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale pooperacyjnym.

2. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i III podlegają kumulacji, o ile każde z nich jest należne. Świadczenia wskazane w ust. 1 pkt I i II oraz świadczenia wskazane w ust. 1 pkt II i III nie podlegają kumulacji.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe, o których mowa w punktach I, II i III, nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do pobytów przypadających na jeden roczny okres ubezpieczenia liczony od początku okresu ubezpieczenia. Po rozpoczęciu kolejnego rocznego okresu ubezpieczenia limit ten ulega przywróceniu. Jednak w przypadku, w którym pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczyna się w okresie, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa i taki pobyt w szpitalu trwa w sposób nieprzerwany pomimo wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie przekraczającym okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności do limitu sumy ubezpieczenia odnoszonej do wszystkich pobytów Ubezpieczonego w szpitalu, które rozpoczęły się w ostatnim rocznym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 5 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

§ 6 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również:

- 1) w przypadku świadczeń z tytułu hospitalizacji – karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- 2) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu na OIOM – karty informacyjnej leczenia szpitalnego uwzględniającej okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
- 3) w przypadku świadczenia z tytułu pobytu w sanatorium – zatwierdzonego przez odpowiedni organ państwowy skierowania do sanatorium, wydanego przez

uprawnionego lekarza oraz zaświadczenie potwierdzające pobyt Ubezpieczonego w danej placówce, do której został skierowany.

§ 7 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 24 POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach:

1) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
- b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
- c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
- d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;

2) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- c) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- d) rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

4) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;

5) **przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;

6) **chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu.



- Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 7) **zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy od zdiagnozowania oraz spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczkę, powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczków naczyniowych” na skórze;
 - 8) **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne;
 - 9) **leczenie chorób naczyń wieńcowych** – inne zabiegi niż określone w pkt 6, przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografii). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
 - 10) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
 - 11) **utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
 - 12) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Utrata zdolności mówienia nie może być skorygowana przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - 13) **ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 14) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione;
 - 15) **śpiączka** – stan, w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikała na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego;
 - 16) **pulmonektomia** – usunięcie jednego płuca z powodu choroby innej niż nowotworowa;
 - 17) **anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:
 - a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych,
 - b) podawanie preparatów stymulujących szpik,
 - c) podawanie preparatów immunosupresyjnych,
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
 - 18) **zakażenie wirusem HIV/AIDS** – zakażenie HIV lub rozpoznanie AIDS jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że zostało spowodowane jednym z wymienionych sposobów:
 - a) przetoczenie zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia Umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia;
 - b) jako wynik przypadkowego ukłucia się igłą/ skałeczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, technika laboratoryjnego, strażaka lub policjanta, pracownika służby więziennej. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone towarzystwu ubezpieczeniowemu w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia;
 - c) przeszczepienie Ubezpieczonemu (jako biorcy przeszczepu) narządu zakażonego uprzednio HIV;
 - 19) **choroba Creutzfelda Jakoba** – niebudzące wątpliwości rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Creutzfelda Jakoba, powodującej trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, wyrażającą się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum trzech ze wskazanych niżej czynności:
 - a) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w trakcie oddawania kału oraz moczu oraz utrzymania higieny osobistej,
 - b) samodzielnego ubierania się i rozbierania się, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - c) samodzielnego mycia się i toalety, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - d) samodzielnego poruszania się po domu pomiędzy pomieszczeniami, a konieczna jest pomoc osób trzecich,
 - e) samodzielnego jedzenia wszelkich posiłków gotowych;
 - 20) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, powstałe w wyniku pierwotnego zgnięcia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące w konsekwencji do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Rozpoznanie musi obejmować co najmniej dwa z trzech klasycznych objawów: drżenie spoczynkowe, spowolnienie ruchowe i plastyczne wzmoczenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszający się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, w szczególności lewodopu. Do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego. Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest choroba Parkinsona, spowodowana nadużywaniem leków lub alkoholu;
 - 21) **oponiak** – potwierdzony w rozpoznaniu histopatologicznym oponiak mózgu. Pojęcie to nie obejmuje jakichkolwiek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym takich jak torbieli, malformacji naczyń, guzów przysadki i rdzenia kręgowego czy ziarniaków;
 - 22) **paraliż** – całkowita i trwała utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu, rozpoznana przez neurologa. Ubezpieczenie obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
 - 23) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
 - a) szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - b) szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - c) szybko narastająca żółtaczkę,
 - d) martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).
 Samo zakażenie wirusem wirusowego zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ubezpieczeniem. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;
 - 24) **choroba Alzheimera** – choroba cechująca się znaczącym upośledzeniem lub utratą zdolności intelektualnych (poznawczych) o trwałym i postępującym charakterze spowodowana nieodwracalną chorobą zwyrodnieniową mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego i społecznego osoby chorej, która wymaga stałej opieki osób trzecich. Jednoznaczne rozpoznanie choroby musi być postawione przez neurologa i psychologa na podstawie badania klinicznego oraz NMR lub CT mózgu i odpowiednich badań testowych. Ubezpieczyciel wyklucza rozpoznanie objawów będących wynikiem guzów mózgu, ośpienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, pseudodemencji i stany depresyjne u osób w wieku podeszłym, innych demencji pochodzenia organicznego;
 - 25) **ciężka sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzujący się obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu. Ubezpieczeniem objęte są również przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy. Ciężka sepsa powinna być rozpoznana w oparciu o potwierdzoną infekcję wraz ze współistniejącą niewydolnością co najmniej jednego narządu i co najmniej dwóch z niżej wymienionych czynników:
 - a) tętno >2 odchylen standardowych dla danego wieku, przy braku okoliczności stymulujących, takich jak ból lub leki,
 - b) temperatura ciała mierzona w jamie ustnej, odbytnicy, przez próbnik w cewniku Foylea lub w żyłę centralnej >38,5°C lub <36°C,
 - c) częstość oddechów >2 odchylen standardowych dla danego wieku lub konieczność stosowania mechanicznej wentylacji niezwiązana z chorobą neuro mięśniową, ani niewynikająca z zastosowania śpiączki farmakologicznej,
 - d) poziom leukocytów we krwi podwyższony lub obniżony w stosunku do normy dla danego wieku, niezwiązany ze stosowaniem chemioterapii albo obecność więcej niż 10% form niedojrzałych,
 - e) poziom cukru we krwi >120 mg/dl przy niewystępowaniu cukrzycy.
 Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji. Rozpoznanie sepsy musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;
 - 26) **przewlekłe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe aktywne wirusowe zapalenie

wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 6 miesięcy. Kryterium rozpoznania są: stwierdzenie obecności przeciwciał Anty HCV (IgG) (+), zamiennie: stwierdzenie HCV RNA (+), w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) wykonanym po 6 miesiącach trwania choroby, cechy przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby. Przewlekłe przetrwałe zapalenie wątroby nie jest objęte tą definicją.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, pod warunkiem, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania, została zdiagnozowana w życiu Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, to pod warunkiem, że zaszedł on w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 6-miesięczną karencję, która jednak nie ma zastosowania w przypadku, gdy przyczyną poważnego zachorowania był nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia takiego rodzaju poważnego zachorowania, który został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednego z wariantów zakresu ochrony, o których mowa w § 4.
4. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia ubezpieczeniowego w postaci sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego kobietą zostanie zdiagnozowany nowotwór szyjki macicy lub nowotwór piersi, z zastrzeżeniem ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy u Ubezpieczonego będącego mężczyzną zostanie zdiagnozowany nowotwór gruczołu krokowego (prostaty), z zastrzeżeniem ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, świadczenie dodatkowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia dla ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kobietą – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku odpowiednio:
 - 1) w przypadku nowotworu szyjki macicy – badań cytologicznych,
 - 2) w przypadku nowotworu piersi – badań ultrasonograficznych lub mammograficznych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie świadczenia dodatkowego warunkowana jest profilaktyką Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest mężczyzną – polegającą na przeprowadzaniu minimum jeden raz w roku badania polegającego na oznaczeniu zawartości „PSA” (ang. Prostate Specific Antygen) lub badania per rectum (badanie palpacyjne odbytu).
6. Podstawą do wypłaty świadczenia dodatkowego, o którym mowa w ust. 2 i 3, są wyniki i/lub potwierdzenie przeprowadzonych badań, o których mowa w ust. 4 lub 5 dokonanych w roku, w którym zdiagnozowano chorobę oraz roku poprzednim, z zastrzeżeniem, iż odstęp pomiędzy badaniami wyniósł nie mniej niż 180 dni.

§ 4 Warianty zakresu ochrony

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – alternatywnie – w wariantach:
 - a) standardowym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) zawał serca,
 - 2) udar mózgu,
 - 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczep narządów,
 - 5) przewlekła niewydolność nerek,
 - 6) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych;
 - b) pełnym – obejmującym wystąpienie następujących poważnych zachorowań:
 - 1) zawał serca,
 - 2) udar mózgu,

- 3) nowotwór złośliwy,
 - 4) przeszczep dużych narządów,
 - 5) przewlekła niewydolność nerek,
 - 6) chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych,
 - 7) zapalenie wątroby typu B,
 - 8) łagodny nowotwór mózgu,
 - 9) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
 - 10) utrata wzroku,
 - 11) utrata kończyn,
 - 12) utrata mowy,
 - 13) ciężkie oparzenie,
 - 14) stwardnienie rozsiane,
 - 15) śpiączka,
 - 16) pulmonektomia,
 - 17) anemia aplastyczna,
 - 18) zakażenie wirusem HIV/AIDS,
 - 19) choroba Creutzfelda Jakoba,
 - 20) choroba Parkinsona,
 - 21) oponiak,
 - 22) paraliż,
 - 23) wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
 - 24) choroba Alzheimera,
 - 25) ciężka sepsa,
 - 26) przewlekłe zapalenie wątroby typu C.
2. Wariant, w którym udzielana jest ochrona w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe powstało:
 - 1) w związku z pełnieniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 2) w wyniku powtórnego wystąpienia poważnego zachorowania tego samego rodzaju, co poważne zachorowanie, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe,
 - 3) w wyniku poważnego zachorowania, które pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z innym poważnym zachorowaniem, za wystąpienie którego Ubezpieczony otrzymał już wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe, nawet w przypadku gdy jest to poważne zachorowanie innego rodzaju niż to, za wystąpienie którego wypłacono świadczenie.
2. W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia – ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:
 - a) w zakresie standardowym:
 - 1) przeszczep narządów,
 - 2) przewlekła niewydolność nerek;
 - b) w zakresie pełnym:
 - 1) przeszczep narządów,
 - 2) przewlekła niewydolność nerek,
 - 3) utrata kończyn,
 - 4) ciężkie oparzenie,
 - 5) śpiączka,
 - 6) choroba Creutzfelda Jakoba,
 - 7) choroba Parkinsona,
 - 8) choroba Alzheimera.
3. Z zachowaniem skutków dotyczących ograniczenia ochrony wynikających z ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona od ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia do poważnych zachorowań powstałych wyłącznie i bezpośrednio w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 6 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.), jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie poważnego zachorowania.



§ 7 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 28 INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

niezdolność do samodzielnej egzystencji – naruszenie sprawności organizmu powodujące konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczenie stwierdzające niezdolność do samodzielnej egzystencji, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, jeśli dane inwalidztwo nastąpiło wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w okresie 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w postaci iloczynu sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz procentu stopnia inwalidztwa, ustalonego zgodnie z Tabelą rodzajów inwalidztwa (Załącznik nr 3).
2. Łączna wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1, wypłaconych z Umowy ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – bez względu na liczbę nieszczęśliwych wypadków powodujących wystąpienie inwalidztwa oraz bez względu na ilość inwalidztw doznanych przez Ubezpieczonego.
3. Jeśli w następstwie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność zgodnie z ust. 1, Ubezpieczony zostanie uznany za niezdolnego do samodzielnej egzystencji, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1, dodatkowo świadczenie w wysokości 75% sumy ubezpieczenia dla ryzyka inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4 Następstwo świadczeń ubezpieczeniowych

1. Jeżeli Ubezpieczony dozna inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, powodującego zajście odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z zapisami niniejszej klauzuli, a następnie w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub jego konsekwencjami Ubezpieczony poniesie śmierć w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, z tytułu której będzie zachodzić odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli nie zostało jeszcze wypłacone, Ubezpieczyciel wypłaca jedynie świadczenie (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) jeśli świadczenie na podstawie niniejszej klauzuli zostało już wypłacone, wówczas kwota świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ulegnie pomniejszeniu o kwotę wypłaconą wcześniej z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Pomniejszenie nie przekroczy jednak kwoty świadczenia należnego (jeśli udzielono ochrony w tym zakresie) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 37 ZAPADNIĘCIE UBEZPIECZONEGO W ŚPIĄCZKĘ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

śpiączka – stan, w którym znalazł się Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku, odpowiadający w skali oceny poziomu przytomności GCS (skala Glasgow) ocenie GCS 5 lub niższej. Jako śpiączka nie jest traktowana w ramach niniejszej definicji: śpiączka wprowadzona farmakologicznie oraz śpiączka wynikła na skutek zawału serca i udaru mózgu oraz wszelkich innych chorób Ubezpieczonego.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli Ubezpieczony zapadł w śpiączkę, wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 10 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dzienne za każdy dzień śpiączki Ubezpieczonego licząc od dnia zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę.
2. Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia dla ryzyka zapadnięcia Ubezpieczonego w śpiączkę w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel w ramach jednej Umowy ubezpieczenia wypłaci nie więcej niż wysokość 100% sumy ubezpieczenia (100 świadczeń dziennych).

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Ubezpieczonego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia,
- 2) kopii dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
- 3) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- 4) dokumenty potwierdzające okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 5) dokumenty medyczne potwierdzające rozpoznanie choroby.

§ 5 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 39 PRZERWANIE NAUKI DZIECKA NA STUDIACH WYŻSZYCH W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **dziecko** – osoba ubezpieczona w wieku do 25 lat lub dziecko własne Ubezpieczonego, przysposobione lub pasierb, jeżeli nie żyje naturalny ojciec lub naturalna matka pasierba lub osoba, której Ubezpieczony jest prawnym opiekunem i sprawuje władzę rodzicielską;
- 2) **choroba** – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z Umowy ubezpieczenia, określonych w pkt 3 do 8, zdiagnozowany przez lekarza w okresie ubezpieczenia;
- 3) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi

(troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
- jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

- udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
- wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
- jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;

- nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2NOMO,
- wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;

- przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;

- chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;

- niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe Wyłączenia odpowiedzialności

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci nieszczęśliwego wypadku lub zdiagnozowania choroby, w następstwie których doszło do przerwania nauki Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego na studiach wyższych.
- Za zdarzenie ubezpieczeniowe nie uważa się przerwania nauki na studiach wyższych w postaci urlopu dziekańskiego lub zmiany trybu nauki.
- Za naukę na studiach wyższych uznaje się wpisanie na listę studentów Publicznej lub Niepublicznej Uczelni Wyższej, które uzyskały zezwolenie Ministra Edukacji Narodowej do kształcenia studentów i nadawania tytułu licencjata i/lub magistra.
- W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosić ryzyko zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki dziecka na studiach wyższych tylko w przypadku, jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność pod warunkiem, że w chwili zajścia

zdarzenia Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego nie miało ukończonego 25 roku życia.

- Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności dziecka do pracy, o ile przypada on na dzień, w którym dziecko odbywa naukę na studiach wyższych, jeżeli nauka ta została przerwana wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby będącego podstawą orzeczenia o niezdolności do pracy. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci przerwania nauki Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dla ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
- Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego, której przyczyną był nieszczęśliwy wypadek lub choroba, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno – rentowym lekarza orzecznika:
 - na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż jeden rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

- Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby wygasa na okres, w którym Ubezpieczony nie posiada żadnego dziecka w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli, ochrona ubezpieczeniowa udzielana w ramach niniejszej klauzuli ulega zawieszeniu na okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia, w którym Ubezpieczony lub dziecko Ubezpieczonego odzyska przynajmniej częściową zdolność do pracy (to jest upływie okres, na który Ubezpieczony został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy i okres ten nie ulegnie wydłużeniu poprzez wydanie kolejnego orzeczenia) oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony nie posiada innego dziecka w rozumieniu § 1 pkt 1) niniejszej klauzuli. Po tym czasie ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli ulega przywróceniu.

§ 5 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku ryzyka przerwania nauki dziecka na studiach wyższych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby jest złożenie oprócz dokumentów wymienionych w OWU również orzeczenia lekarza orzecznika o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, dokumentu z uczelni informującego o skreśleniu dziecka z listy studentów oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzi w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 45 KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO I PAKIET ŚWIADCZEŃ PIELĘGNACYJNYCH ZWIĄZANYCH Z NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie:

leczenie dentystyczne – udzielenie pojedynczej, niezbędnej i natychmiastowej pomocy lekarskiej w przypadku ostrych stanów zapalnych i bólowych.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów:

- 1) leczenia na terenie RP;
- 2) przekwalifikowania zawodowego inwalidy na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 3) wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 4) wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku,

jeśli ww. koszty zostały poniesione na skutek nieszczęśliwego wypadku, w okresie 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

Koszty Leczenia na terenie RP

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów leczenia na terenie RP, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów leczenia, jednak kwoty nie wyższej niż wskazana w Umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia na to ryzyko.
2. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:
 - 1) leczenia dentystycznego (do 10% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 500 złotych),
 - 2) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych oraz protez zalecanych przez lekarza (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 3) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu (do 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 2 500 złotych);
 - 4) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 24 dni (do 50% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, nie więcej niż 3 500 złotych).

Koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego na wypadek trwałej niezdolności do wykonywania dotychczasowej pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
4. Warunkiem pokrycia kosztów przeszkolenia zawodowego, o których mowa w ust. 3, jest wystąpienie u Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku utraty możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej.

Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku

5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

6. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów wypożyczenia, naprawy lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów,

stanowiących maksymalnie 30% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

Koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku

7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów operacji plastycznych mających na celu usunięcie oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, stanowiących maksymalnie 20% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 3 ust. 1.
8. Ubezpieczyciel poniesie koszty operacji plastycznych, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku, po zakończeniu leczenia wygląd Ubezpieczonego zostanie trwale zeszpecony, a przeprowadzenie takiej operacji jest uzasadnione medycznie.
9. Ubezpieczyciel po analizie zasadności wykonania operacji, refunduje po przedstawieniu stosownych oryginałów imiennych rachunków, koszty operacji, w tym honoraria lekarskie, koszty pobytu w szpitalu, koszty lekarstw, materiałów opatrunkowych oraz innych środków leczniczych zaleconych i przepisanych przez lekarza. Refundacja nie obejmuje kosztów protez stomatologicznej.

Postanowienia dodatkowe

10. Poniesione koszty, o których mowa w § 2 i § 3 muszą być udokumentowane oryginałami lub kopiami imiennych rachunków wystawionych na Ubezpieczonego. Zwracane są wyłącznie te koszty, które nie znajdują się w zakresie całkowitej refundacji z ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego lub nie zostały pokryte z innej Umowy ubezpieczenia oraz muszą być poniesione w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku.
11. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów poniesionych na zdarzenia wskazane w § 2 i § 3, które powstały z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) fizykoterapii, helioterapii,
 - 3) epidemii, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 4) wszelkiego rodzaju diagnostyki i leczenia niewchodzących w zakres niezbędnej pomocy medycznej,
 - 5) szczepień,
 - 6) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 7) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i lekarza Ubezpieczyciela.
12. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, jeśli koszty leczenia powstały w konsekwencji wadliwego wykonania przez Ubezpieczonego obowiązku opłaty składek tytułem obowiązkowego ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w wyniku poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w wyniku czego koszty, które pokryłoby obowiązkowe ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, nie zostaną Ubezpieczonemu zwrócone.
13. Górną granicą odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich zdarzeń objętych ochroną w ramach niniejszej klauzuli, jest 100% sumy ubezpieczenia.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

§ 5 Zatwierdzenie i wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela, wchodzą w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.

KLAUZULA 54 PAKIET ŻAK

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów:

- 1) odtworzenia materiałów dydaktycznych,
 - 2) korepetycji,
 - 3) leczenia związanego z następstwem pogryzienia przez psa,
- jeśli ww. koszty zostały poniesione w okresie 180 dni od daty zdarzenia.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. Odtworzenie materiałów dydaktycznych

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu przez okres nieprzerwany minimum 7 dni w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów

odtworzenia materiałów dydaktycznych, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów odtworzenia materiałów dydaktycznych, jednak kwoty nie wyższej niż 500 zł. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami odtworzenia materiałów dydaktycznych są niezbędne udokumentowane imiennymi rachunkami koszty kopii materiałów dydaktycznych.

2. Pokrycie kosztów korepetycji

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci poniesienia przez Ubezpieczonego w związku z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu przez okres nieprzerwany minimum 7 dni w następstwie nieszczęśliwego wypadku kosztów korepetycji, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrócenia do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów korepetycji, jednak kwoty nie wyższej niż 1 000 zł. W rozumieniu niniejszej klauzuli kosztami korepetycji są niezbędne udokumentowane imiennymi rachunkami koszty indywidualnych korepetycji z wybranych przedmiotów wchodzących w zakres programowy realizowany w placówce oświatowo-wychowawczej (szkole, uczelni) przez Ubezpieczonego.

3. Pokrycie kosztów leczenia związanego z następstwem pogryzienia przez psa

W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci pogryzienia Ubezpieczonego przez psa, w wyniku którego przebywał on przez minimum 1 dobę w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci ryczałtowe świadczenie w wysokości 500 zł. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest doznanie przez Ubezpieczonego minimum 3% uszczerbku na zdrowiu doznanego w następstwie pogryzienia przez psa.

**§ 3
Postanowienia dodatkowe**

1. Poniesione koszty, o których mowa w § 2, muszą być udokumentowane oryginałami imiennych rachunków wystawionych na Ubezpieczonego. Zwracane są wyłącznie te koszty, które nie zostaną pokryte z innej Umowy ubezpieczenia oraz muszą być poniesione w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów poniesionych na zdarzenia wskazane w § 2, które powstały z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich miesięcy przez zawarciem Umowy ubezpieczenia,
 - 3) fizykoterapii, helioterapii,
 - 4) leczenia przez lekarza będącego osobą bliską Ubezpieczonego/ Ubezpieczającego,
 - 5) wszelkiego rodzaju diagnostyki i leczenia niewchodzących w zakres niezbędnej, natychmiastowej pomocy medycznej,
 - 6) zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny.

**§ 4
Zawiadomienie**

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

**§ 5
Zatwierdzenie i wejście w życie**

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela i wchodzą w życie z dniem 22 sierpnia 2018 r. i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych składanych lub Umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.



Członek Zarządu
Arkadiusz Wiśniewski



Prezes Zarządu
Maciej Fedyna

Jak zgłosić szkodę?



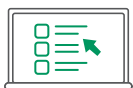
E-mail

szkody.poznan@concordiaubezpieczenia.pl



Fax

61 858 48 99



WWW

Formularze ON-LINE na

www.concordiaubezpieczenia.pl

Pomoc medyczna w nagłych przypadkach i Assistance dla Seniora



Telefon

61 666 1777