

Grupowe Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

Ogólne warunki ubezpieczenia
(AH-GTC 1/1/2017/GROUP PA)

CHUBB®

Spis treści:

Spis treści:	2
Dział I. Umowa ubezpieczenia	2
1. Postanowienia wstępne	2
2. Definicje	2
3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	6
4. Umowa ubezpieczenia	6
5. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy	7
6. Składka	8
7. Suma ubezpieczenia	8
8. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności mające zastosowanie do wszystkich sekcji wskazanych w niniejszych OWU	9
9. Szczególne prawa i obowiązki Stron	10
10. Ustalanie i wypłata świadczeń	11
11. Skargi i zażalenia	11
12. Prawo i sąd właściwy	12
Dział II. Zakres ubezpieczenia – postanowienia szczególne	12
13. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja A)	12
14. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (sekcja B)	12
15. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Wypadku przy pracy (sekcja C)	12
16. Ubezpieczenie na wypadek Trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja D)	13
17. Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy (sekcja E)	13
18. Ubezpieczenie na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja F)	13
19. Ubezpieczenie na wypadek Złamania kości w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja G)	14
20. Ubezpieczenie na wypadek Poparzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja H)	14
21. Ubezpieczenie ze świadczeniem szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja I)	14

22. Ubezpieczenie kosztów adaptacji/zmiany miejsca zamieszkania lub Pojazdu (sekcja J)	15
23. Ubezpieczenie kosztów związanych z przekwalifikowaniem (sekcja K)	15
24. Ubezpieczenie wydatków na pomoc domową (sekcja L)	15
25. Ubezpieczenie wydatków medycznych związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem (sekcja M)	16
26. Ubezpieczenie na wypadek operacji plastycznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja N)	16
27. Ubezpieczenie na wypadek Zawału serca i Udaru mózgu (sekcja O)	16
28. Assistance (sekcja P)	16
Załączniki	21
Tabela złamań	21
Tabela poparzeń	22
Kontakt	23
O Chubb	23

**Informacja do ogólnych warunków Grupowego Ubezpieczenia
Następstw Nieszczęśliwych Wypadków
(AH-GTC 1/1/2017/GROUP PA)**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca	Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Dział I. Umowa ubezpieczenia pkt 2 pkt 3 ust. 1 pkt 3 ust. 3 pkt 4 ust. 3 pkt 4 ust. 4 pkt 4 ust. 8 pkt 5 ust. 1 pkt 5 ust. 2 pkt 5 ust. 3 pkt 5 ust. 4 Dział II. Zakres ubezpieczenia pkt 13 ust. 1 pkt 13 ust. 3 pkt 14 ust. 1 pkt 15 ust. 1 pkt 16 ust. 1 pkt 17 ust. 1 pkt 18 ust. 1 pkt 19 ust. 1 pkt 20 pkt 21 ust. 1 pkt 21 ust. 3 pkt 22 pkt 23 pkt 24 pkt 25 ust. 1 pkt 26 ust. 1 pkt 27 ust. 1	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Dział I. Umowa ubezpieczenia pkt 3 ust. 2 pkt 3 ust. 4 pkt 7 ust. 2 pkt 8 pkt 9 ust. 1 pkt 9 ust. 8 pkt 10 ust. 2 Dział II. Zakres ubezpieczenia pkt 13 ust. 2 pkt 14 ust. 2 pkt 15 ust. 2 pkt 16 ust. 2 pkt 17 ust. 3 pkt 17 ust. 4 pkt 18 ust. 3 pkt 18 ust. 4 pkt 18 ust. 5 pkt 19 ust. 2 pkt 19 ust. 3 pkt 21 ust. 4 pkt 25 ust. 2 pkt 26 ust. 2 pkt 27 ust. 2 pkt 27 ust. 3

Dział I. Umowa ubezpieczenia

1. Postanowienia wstępne

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia **Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków** (zwanymi dalej „**OWU**”) Chubb European Group Ltd., z siedzibą w Londynie w Chubb Building, 100 Leadenhall Street, Londyn EC3A 3BP, Wielka Brytania, działając poprzez swój oddział Chubb European Group Ltd. Sp. z o.o., ul. Królewska 16, 00-103 Warszawa (zwany dalej „**Ubezpieczycielem**”), zawiera grupowe umowy ubezpieczenia **następstw nieszczęśliwych wypadków** w Polsce.

- 1.1 Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana **Ubezpieczonym** na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy **Ubezpieczycielem** a **Ubezpieczającym** (zwanej dalej „**Umową**”). Niniejsze **OWU** stanowią integralną część tej **umowy**. Wszelkie odniesienia dotyczące **Umowy** dotyczą także **OWU**.
- 1.2 Postanowienia szczególnie wskazane w oddzielnych sekcjach niniejszych **OWU**, mają pierwszeństwo w stosowaniu przed postanowieniami ogólnymi niniejszych **OWU** oraz odnoszą się wyłącznie do ubezpieczeń opisanych w odpowiednich Sekcjach. W każdym przypadku, gdy **Umowa** zawiera odstępstwa w stosunku do postanowień zawartych w niniejszych **OWU**, stosuje się postanowienia uzgodnione indywidualnie i wprowadzone do **Umowy**.
- 1.3 Niniejsze **OWU** mają zastosowanie do **Umów** zawieranych od dnia 1 stycznia 2017 r.

2. Definicje

Pojęciom użytym w niniejszych **OWU** nadane są wskazane poniżej znaczenia. Są one jednakowe w **OWU**, **Polisie** czy jakichkolwiek oświadczeniach **Ubezpieczyciela** składających się na treść **Umowy**.

- 2.1 **Choroba** – niezależne od woli **Ubezpieczonego** pogorszenie się jego stanu zdrowia (o charakterze innym niż obrażenie ciała odniesione na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**). Za **Chorobę** uważane będzie tylko takie pogorszenie stanu zdrowia **Ubezpieczonego**, w odniesieniu do którego podejmował on leczenie w **Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela**, co może zostać udokumentowane.
- 2.2 **Centrum Alarmowe Assistance** – podmiot, który na mocy umowy zawartej z Ubezpieczycielem organizuje i świadczy usługi typu assistance i/lub zajmuje się obsługą roszczeń odszkodowawczych.
- 2.3 **Certyfikat** – dokument, który może być wystawiony przez **Ubezpieczyciela** w odniesieniu do każdego **Ubezpieczonego** zgłoszonego przez **Ubezpieczającego**, zawierający informacje o tym **Ubezpieczonym** i o **Sumach ubezpieczenia**.
- 2.4 **Czasowa niezdolność do pracy** – orzeczona przez **Uprawnionego lekarza** czasowa niezdolność **Ubezpieczonego** do wykonywania działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie w ramach umowy o pracę lub/i do wykonywania wolnego zawodu lub innej umowy. Orzeczenie o **Czasowej niezdolności do pracy** powinno być potwierdzone zaświadczeniem lekarskim, wystawionym zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w dniu jego wystawienia.
- 2.5 **Deklaracja zgody** – oświadczenie składane przez osobę fizyczną, w którym wyraża ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach **Umowy ubezpieczenia** oraz na przetwarzanie przez **Ubezpieczyciela** jej danych osobowych.
- 2.6 **Dochód roczny** – łączna kwota wynagrodzenia za pracę lub innych form wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia lub stałego świadczenia usług bezpośrednio przed datą wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, uzyskiwanych przez **Ubezpieczonego** w okresie 12 (dwunastu) miesięcy poprzedzających datę obliczenia (w przypadku gdy dochód osiągnięty został w krótszym okresie obliczeniowym, powinien zostać przeliczony proporcjonalnie na okres roczny). W skład **Dochodu rocznego** nie wchodzi pożyczki (niezależnie od tego, czy podlegają spłacie, czy nie), premie, korzyści w naturze, wypłaty udziału w zyskach, wynagrodzenie za nadgodziny i diety, chyba że w **Umowie ubezpieczenia** zostało wyraźnie wskazane, że są one ujęte w szacowanym bądź faktycznym wynagrodzeniu, stanowiącym podstawę do wyliczenia **Składki** i ustalenia wysokości **Sumy ubezpieczenia**.
- 2.7 **Dochód miesięczny** – jedna dwunasta **Dochodu rocznego**.
- 2.8 **Droga do i z pracy** – podróż pomiędzy miejscem zamieszkania **Ubezpieczonego** a miejscem świadczenia przez niego pracy na rzecz **Ubezpieczającego**, która odbywa się drogą najkrótszą i nieprzerwaną w celu dotarcia z domu do pracy lub z pracy do domu. Jeżeli droga została przerwana, ale przerwa była życiowo uzasadniona i jej czas nie przekraczał granic

potrzeby, a także wówczas, gdy droga, nie będąc drogą najkrótszą, była dla **Ubezpieczonego** najdogodniejsza ze względów komunikacyjnych, uważa się, że wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy.

- 2.9 **Dziecko** – każde dziecko (w tym przysposobione) **Ubezpieczonego** lub jego **Partnera**, jeżeli jest ono stanu wolnego i pozostaje na jego utrzymaniu (nie podjęło pracy zarobkowej lub otrzymuje wynagrodzenie, które w skali roku nie przekracza kwoty wolnej od podatku) oraz:
- 2.9.1 jest poniżej 21. roku życia lub
 - 2.9.2 ma ponad 21 lat, ale mniej niż 26 i kontynuuje naukę w trybie stacjonarnym, lub
 - 2.9.3 ma orzeczoną znaczny stopień niepełnosprawności, zgodnie z przepisami **Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**, i nie jest w stanie zaspokajać potrzeb egzystencjalnych – bez względu na wiek.
- 2.10 **Kraj stałego zamieszkania** – Rzeczpospolita Polska, a w stosunku do **Ubezpieczonego**, który jest obywatelem innego kraju lub na stałe zamieszkuje w innym kraju, również ten kraj.
- 2.11 **Lekarz zaufania** – lekarz wskazany przez **Ubezpieczyciela** jako podmiot uprawniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej **Ubezpieczonego**, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich i wydawania **Orzeczeń lekarskich** w związku z prowadzonym postępowaniem o wypłatę świadczenia.
- 2.12 **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle i niespodziewane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli **Ubezpieczonego**.
- 2.13 **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – **Nieszczęśliwy wypadek** przy udziale jakiegokolwiek **Pojazdu** w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, w tym również sytuacja, gdy **Ubezpieczony** porusza się jako pieszy i zostaje uderzony przez jakikolwiek **Pojazd** będący w ruchu.
- 2.14 **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej będący wydziałem szpitalnym, zapewniający przez 24 (dwadzieścia cztery) godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia.
- Pojęcie **OIOM** nie obejmuje wydziałonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych.
- W rozumieniu niniejszych **OWU** dzień pobytu na **OIOM-ie** oznacza dzień kalendarzowy, w którym **Ubezpieczony** przebywał na **OIOM-ie**, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień przyjęcia na **OIOM**, a za ostatni – dzień przeniesienia na inny oddział **Szpitala**.
- 2.15 **Okres oczekiwania** – wyrażony w dniach okres, po zakończeniu którego **Ubezpieczyciel** przyjmuje odpowiedzialność, liczony od dnia wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**, z zastrzeżeniem warunków szczególnych. W **Okresie oczekiwania** świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.
- 2.16 **Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – w odniesieniu do każdego **Ubezpieczonego**, część Okresu ubezpieczenia wyznaczona zgodnie z pkt 5.
- 2.17 **Okres ubezpieczenia** – okres rozpoczynający się w dniu wskazanym w **Umowie** i potwierdzonym w **Polisie**, a kończący się wraz z wygaśnięciem, rozwiązaniem bądź wypowiedzeniem **Umowy** lub odstąpieniem od niej z jakiegokolwiek powodu, oraz każdy kolejny okres, na który zostało przedłużone obowiązywanie **Umowy** zgodnie z pkt 4.4.
- 2.18 **Orzeczenie lekarskie** – opinia na piśmie wydana przez **Lekarza zaufania** po przeprowadzeniu badania medycznego lub analizy dokumentacji medycznej, załączonej do wniosku o wypłatę świadczenia składanego przez **Ubezpieczonego** w związku z wystąpieniem **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- 2.19 **Pacjent hospitalizowany** – osoba, która przeszła procedurę przyjęcia do **Szpitala** i której założono kartę choroby. Przyjęcie do **Szpitala Pacjenta hospitalizowanego** jest konieczne w celu sprawowania nad nim opieki medycznej i przeprowadzenia leczenia obrażeń odniesionych w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, a nie wyłącznie dla zapewnienia pielęgnacji, rekonwalescencji, rehabilitacji, wypoczynku lub przedłużonego okresu opieki.
- 2.20 **Paraplegia** – całkowity paraliż dolnej połowy ciała, w tym obu nóg.
- 2.21 **Partner życiowy** – małżonek **Ubezpieczonego**, a także osoba odmiennej lub tej samej płci, z którą **Ubezpieczony** w chwili zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** pozostawał w trwałym związku, charakteryzującym się stabilnością, brakiem ograniczeń co do jego zakończenia oraz istnieniem osobisto-majątkowej wspólnoty życiowej.

- 2.22 **Pobyt w Szpitalu** – trwający nieprzerwanie co najmniej 24 (dwadzieścia cztery) godziny pobyt **Ubezpieczonego** w **Szpitalu**, w trakcie którego **Ubezpieczony** poddał się leczeniu obrażeń doznanych w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**. W rozumieniu niniejszych **OWU** dzień **Pobytu** w **Szpitalu** oznacza każdy dzień kalendarzowy, w którym **Ubezpieczony** przebywał w **Szpitalu**, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień przyjęcia, a za ostatni – dzień wypisu ze **Szpitala**.
- 2.23 **Pojazd** – pojazd podlegający rejestracji w Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z przepisami ustawy – Prawo o ruchu drogowym, a także pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym, przystosowany do przewozu nie więcej niż 10 osób, który jest własnością **Ubezpieczającego** lub z którego korzysta **Ubezpieczający** na podstawie zawartej umowy leasingu lub innej podobnej umowy, objęty ubezpieczeniem zgodnie z art. 5 za zgodą **Ubezpieczyciela**.
- 2.24 **Polisa** – dokument wystawiony przez **Ubezpieczyciela** na rzecz **Ubezpieczającego** potwierdzający zawarcie **Umowy** i jej podstawowe warunki.
- 2.25 **Poparzenie** – naruszenie integralności powłoki skórnej spowodowane kontaktem ze źródłem energii cieplnej, z substancjami chemicznymi lub ze źródłem bardzo niskiej temperatury, bez względu na to, czy powoduje ono trwałe konsekwencje, czy też nie.
- 2.26 **Pracownik** – osoba zatrudniona przez **Ubezpieczającego** na mocy umowy o pracę lub osoba, która w sposób stały świadczy usługi **Ubezpieczającemu** na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o współpracy lub innej umowy o podobnym charakterze.
- 2.27 **Przedmioty ortopedyczne** – przedmioty wskazane w Załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki.
- 2.28 **Składka** – składka ubezpieczeniowa wskazana w **Umowie** i płacona przez **Ubezpieczającego** z tytułu objęcia **Ubezpieczonych** ochroną ubezpieczeniową.
- 2.29 **Strona** – **Ubezpieczyciel** oraz **Ubezpieczający**, łącznie lub osobno – w zależności od kontekstu.
- 2.30 **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzona w **Polisie** stanowiąca dla **Ubezpieczyciela** podstawę do obliczenia wartości świadczenia w przypadku wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** objętego ochroną ubezpieczeniową.
- 2.31 **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego. Określenie to nie obejmuje domów opieki dla przewlekle chorych, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych i wypoczynkowych, jak również oddziałów, ośrodków i szpitali rehabilitacyjnych oraz ośrodków typu spa.
- 2.32 **Śpiączka** – ciągły stan, w którym **Ubezpieczony** pozostaje bezspornie nieprzytomny.
- 2.33 **Środki pomocnicze** – przedmioty wskazane w Załączniku nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki.
- 2.34 **Tabela uszczerbków** – tabela określająca w ujęciu procentowym **Trwały uszczerbek na zdrowiu**. **OWU** rozróżniają dwa rodzaje tabel:
- 2.34.1 Tabela uszczerbków nr 1;
- 2.34.2 Tabela uszczerbków nr 2.
- 2.35 **Terroryzm** – działanie lub działania osoby, grupy lub grup osób polegające na użyciu siły lub groźbie jej użycia, podjęte w imieniu własnym, w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub jakiegokolwiek rządu bądź w powiązaniu z nimi, popełnione z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych lub jakichkolwiek podobnych, zawsze jednak w celu wpłynięcia na rząd, opinię publiczną lub część społeczeństwa poprzez wywołanie lęku.
- 2.36 **Tetraplegia** – całkowity paraliż wszystkich czterech kończyn.

2.37 **Trwała niezdolność do pracy** – w zależności od opcji wybranej przez **Ubezpieczającego** we wniosku o zawarcie **Umowy** i wskazanej w **Polisie** („Trwała niezdolność do pracy w jakimkolwiek zawodzie” lub „Trwała niezdolność do pracy w wykonywanym zawodzie”), uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia skutkujące zgodnie z aktualną wiedzą medyczną niezdolnością **Ubezpieczonego** do wykonywania:

2.37.1 pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, tj. do wykonywania pracy, do której **Ubezpieczony** posiada kwalifikacje ze względu na przeszkolenie, wykształcenie lub doświadczenie;

2.37.2 pracy zarobkowej w wykonywanym zawodzie, tj. zawodzie, który **Ubezpieczony** wykonywał przez większą część swego życia zawodowego.

Trwała niezdolność do pracy utrzymuje się przez okres co najmniej 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy i po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną – nieodwracalny.

O ile nie zostało to określone w sposób odmienny w **Umowie**, znaczenie wyrażenia „trwała niezdolność do pracy” jest niezależne od znaczenia wyrażenia „niezdolność do pracy” w rozumieniu przepisów dotyczących ubezpieczenia społecznego. **Ubezpieczyciel**, rozpatrując roszczenie, nie ma obowiązku uwzględniania decyzji organów rentowych o uznaniu niezdolności do pracy **Ubezpieczonego**.

2.38 **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia **Ubezpieczonego**.

2.39 **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną i fizyczną, która zawarła z **Ubezpieczycielem Umowę**.

2.40 **Ubezpieczony** – osoba fizyczna w wieku do 75 (siedemdziesięciu pięciu) lat, której życie, zdrowie i inne podlegające ubezpieczeniu dobra objęte są ubezpieczeniem zgodnie z **Umową ubezpieczenia**, przy czym **Umowa ubezpieczenia** może wskazywać **Ubezpieczonych** imiennie lub jedynie poprzez określenie kryteriów uprawniających do przystąpienia do ubezpieczenia.

2.41 **Udar mózgu** – nagłe wystąpienie trwających ponad 24 (dwadzieścia cztery) godziny objawów neurologicznych spowodowanych zaburzeniami krążenia mózgowego w wyniku zawału tkanki mózgowej, wylewu wewnątrzczaszkowego lub zatoru w naczyniach mózgowych spowodowanego materiałem pochodzącym spoza czaszki, o ile zaburzenia te powodują trwałe uszkodzenia neurologiczne potwierdzone badaniami przeprowadzonymi przez **Uprawnionego lekarza** nie wcześniej niż po upływie 6 (sześciu) miesięcy od daty wystąpienia pierwszych objawów neurologicznych.

2.42 **Uposażony** – z zastrzeżeniem pkt 8.15, każda osoba wskazana imiennie przez **Ubezpieczonego** jako upoważniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**. W przypadku braku wskazania **Uposażonego** przez **Ubezpieczonego** za **Uposażonych** uważa się następujące osoby:

2.42.1 małżonka, a w przypadku jego braku

2.42.2 zstępnych (w równych częściach), a w przypadku ich braku

2.42.3 wstępnych (w równych częściach), a w przypadku ich braku

2.42.4 rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku jego braku

2.42.5 innych spadkobierców ustawowych w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

2.43 **Uprawniony lekarz** – każda osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza w Polsce, z wyłączeniem:

2.43.1 samego **Ubezpieczonego**;

2.43.2 członka najbliższej rodziny **Ubezpieczonego**;

2.43.3 pracownika **Ubezpieczającego**.

2.44 **Wojna** – konflikt zbrojny pomiędzy narodami, inwazja, działanie wrogich sił obcych, wojna domowa, pucz wojskowy lub zamach stanu.

2.45 **Wypadek przy pracy** – zdarzenie, do którego doszło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych przez **Ubezpieczonego** na rzecz **Ubezpieczającego** w miejscu świadczenia pracy lub w trakcie podróży służbowej, do odbycia której **Ubezpieczony** został delegowany przez **Ubezpieczającego**.

2.46 **Zagregowana suma ubezpieczenia** – wskazana w **Umowie** i potwierdzona w **Polisie** maksymalna kwota, jaka może być wypłacona przez **Ubezpieczyciela** w przypadku, gdy **Zdarzenia ubezpieczeniowe** wywołane tą samą przyczyną dotyczą więcej niż jednego **Ubezpieczonego**.

2.47 **Zawał serca – o określonym stopniu ciężkości**. Martwica mięśnia sercowego, spowodowana przez niedokrwienie, w wyniku której występują wszystkie wymienione niżej cechy ostrego zawału mięśnia sercowego:

2.47.1 typowe objawy kliniczne (np. charakterystyczny ból w klatce piersiowej);

2.47.2 nowe charakterystyczne zmiany w zapisie elektrokardiograficznym;

2.47.3 charakterystyczne zwiększenie stężenia enzymów sercowych lub troponin do lub powyżej wartości:

- a) troponina T: >1,0 ng/ml,
- b) Accu TnI: >0,5 ng/ml lub równoważnego progu w przypadku innych metod oznaczania troponiny I.

Objawy muszą wskazywać jednoznacznie na ostry zawał mięśnia sercowego. Powyższa definicja nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych, takich jak dławica piersiowa.

- 2.48 **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – każde zdarzenie określone w pkt 3.3 poniżej, objęte zakresem **Umowy**, o ile zostało spowodowane przez **Nieszczęśliwy wypadek** lub **Chorobę** oraz nastąpiło nie później niż w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od wystąpienia **Nieszczęśliwego wypadku** albo niezwłocznie po wystąpieniu objawów **Choroby**.
- 2.49 **Złamanie kości** – urazowe naruszenie integralności kości, bez względu na to, czy powoduje ono trwałe skutki, czy też nie.

3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- 3.1 **Przedmiot ubezpieczenia.** Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa Nieszczęśliwych wypadków, życie, zdrowie i zdolność zarobkowania **Ubezpieczonego**.
- 3.2 **Ograniczenie odpowiedzialności.** Odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** z tytułu **Umowy** obejmuje wyłącznie określone w **Umowie Zdarzenia ubezpieczeniowe** będące skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby**, którym uległ **Ubezpieczony** w **Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela**.
- 3.3 **Zakres ubezpieczenia.** Zakres **Zdarzeń ubezpieczeniowych** objętych **Umową ubezpieczenia** jest określony w **Umowie ubezpieczenia** i potwierdzony w **Polisie**. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 3.3.1 śmierć **Ubezpieczonego** w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja A);
 - 3.3.2 śmierć **Ubezpieczonego** w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** komunikacyjnego (sekcja B);
 - 3.3.3 śmierć **Ubezpieczonego** w wyniku **Wypadku przy pracy** (sekcja C);
 - 3.3.4 Trwałą niezdolność do pracy **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja D);
 - 3.3.5 Czasową niezdolność do pracy **Ubezpieczonego** (sekcja E);
 - 3.3.6 Trwały uszczerbek na zdrowiu **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja F);
 - 3.3.7 Złamania kości **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja G);
 - 3.3.8 Poparzenia ciała **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja H);
 - 3.3.9 Pobyt **Ubezpieczonego** w Szpitalu w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja I);
 - 3.3.10 poniesienie kosztów dostosowania lub zmiany miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja J);
 - 3.3.11 poniesienie kosztów przekwalifikowania zawodowego **Ubezpieczonego** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja K);
 - 3.3.12 poniesienie wydatków na pomoc domową w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja L);
 - 3.3.13 poniesienie wydatków medycznych w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja M);
 - 3.3.14 poniesienie kosztów operacji plastycznej w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** (sekcja N);
 - 3.3.15 Zawał serca lub Udar mózgu (sekcja O).
- 3.4 **Ograniczenie zakresu ubezpieczenia.** W zależności od postanowień zawartej **Umowy ubezpieczenia** ochrona ubezpieczeniowa może obejmować:
 - 3.4.1 **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, do których doszło w każdym czasie, zarówno w trakcie wykonywania czynności życia prywatnego, jak i zawodowego **Ubezpieczonego** (opcja „24/7”);
 - 3.4.2 wyłącznie **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, do których doszło w bezpośrednim związku z wykonywaniem przez **Ubezpieczonego** obowiązków służbowych wobec **Ubezpieczającego** (opcja „Praca”);
 - 3.4.3 wyłącznie **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, do których doszło w bezpośrednim związku z wykonywaniem przez **Ubezpieczonego** obowiązków służbowych wobec **Ubezpieczającego** oraz w **Drodze do lub z pracy** (opcja „Praca” oraz „Droga do i z pracy”).

4. Umowa ubezpieczenia

- 4.1 **Zawarcie umowy.** Umowy zawierane są na podstawie niniejszych **OWU** na Wniosek **Ubezpieczającego**, na czas określony, równy maksymalnie 12 miesiącom.
- 4.2 **Data zawarcia umowy.** Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia **Ubezpieczającemu Polisy**.
- 4.3 **Forma ubezpieczenia.** Zgodnie z Wnioskiem **Umowa** może zostać zawarta w formie:

- 4.3.1. **imiennej** – w ramach której ochroną ubezpieczeniową obejmowane są wszystkie osoby pisemnie zgłoszone **Ubezpieczycielowi** przez **Ubezpieczającego**;
- 4.3.2. **beziemiennej** – w ramach której przed zawarciem **Umowy Ubezpieczającej** deklaruje **Liczbę osobodni** planowanych do wykorzystania przez osoby należące do danej grupy w trakcie **Okresu ubezpieczenia**.
- 4.4 **Odstąpienie. Ubezpieczającemu** będącemu przedsiębiorcą przysługuje prawo do odstąpienia od **Umowy** w terminie 7 dni, licząc od jej zawarcia. Pozostałym **Ubezpieczającym** prawo do odstąpienia przysługuje w terminie do 30 dnia od daty zawarcia **Umowy**.
- 4.5 **Wypowiedzenie. Umowa** może zostać wypowiedziana przez **Ubezpieczającego** w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- 4.6 **Składka za okres ochrony.** Odstąpienie od **Umowy ubezpieczenia** lub wypowiedzenie jej nie zwalnia **Ubezpieczającego** z obowiązku opłacenia **Składki za okres ochrony**.
- 4.7 **Wypowiedzenie z braku Składki.** W przypadku gdy zgodnie z **Umową Okres ochrony** rozpoczyna się przed zaplaceniem **Składki** lub jej pierwszej raty, a **Składka** lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć **Umowę** ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty **Składki** za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona **Składka**.
- 4.8 **Cesja. Ubezpieczający** nie ma prawa dokonać przelewu praw ani obowiązków z **Umowy** bez uprzedniej zgody **Ubezpieczyciela** udzielonej na piśmie.
- 4.9 **Forma pisemna.** Czynności prawne i oświadczenia **Stron** odnoszące się do **Umowy** powinny być sporządzone w formie pisemnej, chyba że inne postanowienia **Umowy** stanowią w sposób odmienny. Faksy oraz korespondencja prowadzona drogą elektroniczną będą uważane za wyrazy woli lub wiedzy sporządzone na piśmie, chyba że uzgodnienia szczególne między **Stronami** przewidują inaczej. To samo dotyczy komunikacji pomiędzy **Stronami** (w szczególności również w odniesieniu do wprowadzania zmian do **Umowy**).
- 4.10 **Ważność postanowień.** Jeśli jakiegokolwiek postanowienia **OWU** lub **Umowy** są nieważne lub utracą ważność, nie będzie to miało wpływu na ważność pozostałych postanowień. **Strony**, działając w dobrej wierze, wprowadzą zmiany lub dokonają interpretacji tej **Umowy**, by zastąpić nieważne postanowienia ważnymi lub interpretacją o tym samym lub podobnym celu i efekcie ekonomicznym.
- 4.11 **Oświadczenia i korespondencja.** Pisemne oświadczenia związane z **Umową** ubezpieczenia będą dostarczane na adres **Strony** wskazany w **Umowie** lub zostaną w inny sposób przekazane nadawcy. Adresat ma obowiązek zapewnić, by należycie zaadresowana korespondencja była przez niego odbierana w ciągu 3 dni roboczych następujących po pierwszej należycie podjętej próbie jej dostarczenia. Ponadto korespondencja uważana będzie za dostarczoną również wówczas, gdy adresat odmawia jej przyjęcia lub w inny sposób uniemożliwia jej faktyczne dostarczenie.

5. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy

- 5.1 **Rozpoczęcie ochrony.** Z zastrzeżeniem postanowień szczególnych, odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** rozpoczyna się od dnia wskazanego w **Polisie** jako początek **Okresu ubezpieczenia** pod warunkiem opłacenia **Składki** za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia w wysokości i terminie wynikającym z postanowień **Umowy**. W przypadku gdy **Składka** zostanie opłacona po upływie terminu wskazanego w **Umowie** lub w kwocie niższej niż wynikająca z postanowień zawartej **Umowy**, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się od dnia następnego po opłaceniu odpowiednio: **Składki** za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia w wysokości wynikającej z **Umowy** lub brakującej części **Składki**.
- 5.2 **Nowi ubezpieczeni.** W odniesieniu do osób przystępujących do **Umowy** w trakcie jej trwania **Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela** rozpoczyna się:
- 5.2.1 w przypadku ubezpieczenia imiennego – od daty wskazanej przez **Ubezpieczającego** w pisemnym zgłoszeniu do ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu dostarczenia **Ubezpieczycielowi Deklaracji zgody** osoby lub osób zgłoszonych do ubezpieczenia;
- 5.2.2 w przypadku ubezpieczenia beziemennego – od pierwszego dnia spełnienia przez daną osobę lub osoby kryteriów objęcia ubezpieczeniem wskazanych w **Umowie**, o ile w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło spełnienie powyższych kryteriów, **Ubezpieczający** przekazał **Ubezpieczycielowi** informację o zmianie stanu osobowego ubezpieczonej grupy, uwzględniającego nowego **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczonych**,
- 5.2.3 w przypadku ubezpieczenia uczestników wycieczek, imprez integracyjnych lub innych form wypoczynku – z chwilą opuszczenia przez **Ubezpieczonego** domu w celu udania się w podróż, ale nie wcześniej niż od dnia wskazanego w

Umowie, pod warunkiem opłacenia przez **Ubezpieczającego Składki** w terminie i wysokości wynikających z postanowień **Umowy**.

- 5.3 **Zakończenie ochrony.** Okres odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** w odniesieniu do wszystkich **Ubezpieczonych** kończy się:
- 5.3.1 z upływem określonego w **Umowie Okresu ubezpieczenia**, z zastrzeżeniem postanowień pkt 4.4;
 - 5.3.2 z dniem rozwiązania **Umowy** z jakiegokolwiek przyczyny;
 - 5.3.3 z upływem wskazanego przez **Ubezpieczyciela** dodatkowego terminu na zapłatę **Składki** ubezpieczeniowej w razie braku zapłaty.
- 5.4 **Zakończenie ochrony w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego.** Okres odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** w odniesieniu do konkretnego **Ubezpieczonego** kończy się:
- 5.4.1 z dniem jego śmierci lub wypłaty na jego rzecz świadczenia z tytułu **Trwałej niezdolności do pracy**;
 - 5.4.2 z dniem wypłaty świadczenia w kwocie powodującej wyczerpanie **Sumy ubezpieczenia** – w danej sekcji ubezpieczenia;
 - 5.4.3 z ostatnim dniem miesiąca, w którym **Ubezpieczony** przestał spełniać określone w **Umowie ubezpieczenia** kryteria objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 5.4.4 z dniem wyczerpania **Zagregowanej sumy ubezpieczenia**, zgodnie z pkt 7.2.

6. Składka

- 6.1 **Tryb płatności.** O ile **Umowa** nie stanowi inaczej, **Składka** jest płatna jednorazowo. Wysokość **Składki** jest wskazana w **Umowie** i potwierdzona w **Polisie**.
- 6.2 **Ustalanie wysokości Składki.** **Składkę** oblicza się za faktyczny **Okres ubezpieczenia**, a jej wysokość ustala się w zależności od:
- 6.2.1 Sumy ubezpieczenia;
 - 6.2.2 liczby **Ubezpieczonych**;
 - 6.2.3 zakresu ubezpieczenia;
 - 6.2.4 dotychczasowej historii tego lub zbliżonego charakterem ubezpieczenia.
- 6.3 **Data zapłaty Składki.** Za datę zapłaty **Składki** uważa się datę, w której pełna kwota **Składki** wynikająca z **Umowy** została przekazana na rachunek bankowy wskazany przez **Ubezpieczyciela**.
- 6.4 **Korekta składki.** Jeżeli jakakolwiek część **Składki**, wyliczonej na podstawie danych szacowanych, znanych **Stronom** przy zawieraniu **Umowy ubezpieczenia**, podlega skorygowaniu, **Ubezpieczający** w ciągu 30 (trzydziestu) dni od końca **Okresu ubezpieczenia** dostarczy **Ubezpieczycielowi** dane uaktualnione, na podstawie których **Składka** ulegnie rozliczeniu.
- 6.5 **Wezwanie do zapłaty.** Jeżeli **Składka** nie zostanie opłacona w terminie wskazanym w **Umowie ubezpieczenia**, **Ubezpieczyciel** na piśmie wezwie **Ubezpieczającego** do zapłaty, wyznaczając mu dodatkowy termin, wynoszący co najmniej 7 (siedem) dni.

7. Suma ubezpieczenia

- 7.1 **Wskazanie Sumy ubezpieczenia.** **Suma ubezpieczenia** w odniesieniu do każdego **Zdarzenia ubezpieczeniowego** objętego ochroną ubezpieczeniową określana jest przez **Strony** i wskazana w **Umowie** oraz potwierdzona w **Polisie**. **Suma ubezpieczenia** może zostać wskazana kwotowo lub jako ustalona wielokrotność **Dochodu rocznego** lub **Dochodu miesięcznego Ubezpieczonego**.
- 7.2 **Limit kumulacji roszczeń.** Jeśli suma wszystkich świadczeń kwalifikujących się do wypłaty (lecz jeszcze niewypłaconych) na mocy niniejszych **OWU** w związku z jednym **Zdarzeniem ubezpieczeniowym** przekracza ustalony limit **Zagregowanej sumy ubezpieczenia**, kwota świadczenia przypadająca na rzecz każdego z **Ubezpieczonych** lub **Uposażonych** będzie proporcjonalnie obniżana do momentu, gdy suma kwot wszystkich świadczeń nie osiągnie wysokości **Zagregowanej sumy ubezpieczenia**. Jeżeli wypłacone do tej pory świadczenia w związku z wystąpieniem tego samego **Zdarzenia ubezpieczeniowego** osiągnęły **Zagregowaną sumę ubezpieczenia**, **Ubezpieczyciel** nie jest zobowiązany do wypłaty jakichkolwiek dalszych świadczeń z tytułu wystąpienia tego **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.

8. Ogólne wyłączenia odpowiedzialności mające zastosowanie do wszystkich sekcji wskazanych w niniejszych OWU

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za **Zdarzenia ubezpieczeniowe** powstałe bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo w wyniku zajścia następujących okoliczności:

- 8.1 **Alkohol i narkotyki** – spożycia przez **Ubezpieczonego** alkoholu lub zażycia narkotyków, lekarstw lub innych substancji odurzających bądź uzależniających, o ile nie zostały przepisane przez **Uprawnionego lekarza**, chyba że poziom alkoholu we krwi, który nie przekroczył 0,5‰ (definicja stanu nietrzeźwości zgodnie z definicją Kodeksu karnego) lub nawet przekroczył 0,5‰, nie pozostawał w związku przyczynowo-skutkowym ze zdarzeniem powodującym szkodę. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy **Ubezpieczony** prowadził wszelkiego rodzaju pojazdy, gdzie zastosowanie mają obowiązujące dla kierowców pojazdów przepisy kraju, na którego terenie wydarzył się **Nieszczęśliwy wypadek**.
- 8.2 **Substancje chemiczne i biologiczne** – rozpylanie, wykorzystywanie lub wyciek szkodliwych substancji biologicznych lub chemicznych o działaniu patogennym lub rakotwórczym.
- 8.3 **Choroby psychiczne** – choroby lub ułomności o podłożu psychicznym, psychologicznym (w tym RSI i RSS – urazy na skutek chronicznego przeciążenia mięśni i ścięgien spowodowanego monotonością ruchów) oraz ich leczenie.
- 8.4 **HIV** – zachorowania na zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS), rozpoznanego z pozytywnym wynikiem badania laboratoryjnego, potwierdzającym obecność wirusa HIV lub jakiegokolwiek jego formy – bez względu na sposób zarażenia się wirusem.
- 8.5 **Podróże powietrzne** – wypadku statku powietrznego, na pokładzie którego przebywał **Ubezpieczony**, z wyłączeniem podróży **Ubezpieczonego** jako pasażera samolotu należącego do licencjonowanego przewoźnika pasażerskiego.
- 8.6 **Akty agresji** – bezpośredniego, świadomego i dobrowolnego udziału **Ubezpieczonego** w zamieszkach, rozruchach, niepokojach społecznych lub działaniach zakłócających porządek publiczny, chyba że udział **Ubezpieczonego** w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
- 8.7 **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawiania wszelkich dyscyplin sportu przez osoby, które będąc członkami klubów, zrzeszeń lub jako sportowcy niezrzeszeni, uczestniczą w zawodach, rozgrywkach, turniejach lub innych formach rywalizacji ukierunkowanej na uzyskanie najlepszego wyniku i otrzymują w zamian wynagrodzenie w dowolnej formie, włączając w to stypendia, świadczenia rzeczowe, diety, zasiłki itp., stanowiące główne źródło utrzymania **Ubezpieczonego**.
- 8.8 **Sporty wysokiego ryzyka** – uprawiania sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa oraz innych sportów powietrznych, wspinaczki, speleologii, skoków bungee, raftingu, sportów walki, skoków narciarskich, jazdy na nartach poza wyznaczonymi trasami, jazdy na nartach wodnych, jazdy konnej (z wyłączeniem jazdy rekreacyjnej lub terapeutycznej), nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, kitesurfingu, włączając w to udział w zawodach, wyścigach, przygotowaniach i treningach.
- 8.9 **Samobójstwo, samookaleczenie** – popełnienia przez **Ubezpieczonego** samobójstwa, przedsięwzięcia próby samobójczej, celowego samookaleczenia, celowego narażenia własnego życia lub zdrowia (z wyjątkiem sytuacji, gdy **Ubezpieczony** czyni to dla ratowania ludzkiego życia lub działanie to wynika z pełnionych przez **Ubezpieczonego** obowiązków służbowych).
- 8.10 **Czyn przestępczy** – popełnienia lub próby popełnienia przez **Ubezpieczonego** przestępstwa.
- 8.11 **Wojna i terroryzm** – wojny, bez względu na to, czy została wypowiedziana, czy też nie, a także konsekwencji czynnego i dobrowolnego uczestnictwa **Ubezpieczonego** w jakichkolwiek akcjach terrorystycznych.
- 8.12 **Służba wojskowa** – stałej służby **Ubezpieczonego** jako pełnoetatowego członka sił zbrojnych jakiegokolwiek kraju lub organizacji międzynarodowej, a także jako rezerwisty wezwanego do pełnienia stałej służby.
- 8.13 **Brak uprawnień** – prowadzenia przez **Ubezpieczonego Pojazdu** bez wymaganych uprawnień.
- 8.14 **Unikanie lub ignorowanie zaleceń lekarskich** – nieskorzystania przez **Ubezpieczonego** z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile miały one wpływ na zajście **Nieszczęśliwego wypadku** lub zwiększenie jego skutków.
- 8.15 **Umyślne spowodowanie śmierci** – żadne świadczenie z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** oraz z tytułu poniesienia kosztów pogrzebu **Ubezpieczonego** nie przysługują **Uposażonemu**, który umyślnie przyczynił się do śmierci **Ubezpieczonego**.

- 8.16 **Klauzula sankcji – Ubezpieczyciel** nie wypłaci jakichkolwiek świadczeń ubezpieczeniowych, które powodowałyby naruszenie przez Chubb rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych albo sankcji handlowych i gospodarczych lub regulacji Unii Europejskiej, Rzeczypospolitej Polskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych. Ubezpieczony powinien skontaktować się z **Ubezpieczycielem** w celu ustalenia zakresu ochrony oferowanej na podstawie niniejszych **OWU** w przypadku podróży do państw objętych rezolucjami Organizacji Narodów Zjednoczonych albo sankcjami handlowymi i gospodarczymi lub innymi regulacjami Unii Europejskiej, Rzeczypospolitej Polskiej, Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych.

9. Szczególne prawa i obowiązki Stron

- 9.1 **Informacja o ryzyku. Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobligowani są podać do wiadomości **Ubezpieczyciela** wszelkie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** zapytał przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia** w ofercie lub innej korespondencji. **Ubezpieczyciel** zostanie zwolniony z wszelkiej odpowiedzialności za skutki określonych powyżej okoliczności, jeśli nie zostały one wcześniej podane do jego wiadomości, a miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia **zdarzenia ubezpieczeniowego**. Jeśli **Ubezpieczycielowi** nie udało się uzyskać informacji, o które zapytywał przed zawarciem **umowy**, a mimo tego **Umowa ubezpieczenia** została zawarta, informacje te uznaje się za nieistotne. **Ubezpieczający** oraz **Ubezpieczony** są zobowiązani powiadomić **Ubezpieczyciela** o wszelkich zmianach dotyczących okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** pytał w ofercie lub w innych pismach.
- 9.2 **Zmiana ryzyka.** W czasie trwania **Umowy ubezpieczenia** **Ubezpieczający** zobowiązany jest niezwłocznie zgłaszać na piśmie do **Ubezpieczyciela** wszelkie zmiany danych podanych we wniosku o zawarcie **Umowy ubezpieczenia**, w tym wszelkie istotne zmiany w prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej w trakcie **Okresu ubezpieczenia**, np. o przejęcie, ustanowienie bądź zbycie spółki lub przedsiębiorstwa.
- 9.3 **Zmiana liczby ubezpieczonych.** W terminach wynikających z postanowień **Umowy ubezpieczenia** **Ubezpieczający** zobowiązany jest informować **Ubezpieczyciela** o:
- 9.3.1 zmianach dotyczących stanu osobowego grupy osób objętych ubezpieczeniem – w przypadku ubezpieczenia bezimiennego;
- 9.3.2 nowo przystępujących **Ubezpieczonych** oraz – w przypadku ubezpieczenia imiennego – **Ubezpieczonych**, w odniesieniu do których ochrona ubezpieczeniowa ustala.
- 9.4 **Potwierdzenie uczestnictwa.** **Ubezpieczający** ma obowiązek poinformować **Ubezpieczyciela** na jego wniosek i bez zbędnej zwłoki, czy dana osoba jest **Ubezpieczonym**, a jeśli tak – do jakiej grupy **Ubezpieczonych** należy. Ma również obowiązek podać wszelkie inne informacje istotne dla ustalenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej danej osoby.
- 9.5 **Postępowanie w razie Zdarzenia ubezpieczeniowego.** **Ubezpieczający, Ubezpieczony** i/lub **Uposażony** są zobowiązani do:
- 9.5.1 podjęcia starań mających na celu złagodzenie skutków wypadku, w szczególności do poddania się opiece **Uprawnionego lekarza** niezwłocznie po wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** i stosowania się do udzielonych zaleceń;
- 9.5.2 powiadomienia policji (co następnie należy wykazać **Ubezpieczycielowi**), jeśli istnieje podejrzenie, że wystąpienie **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub zwiększenie jego negatywnych skutków mogło zostać spowodowane działaniami przestępczymi lub aktami łamania prawa; są także zobowiązani do współpracy z policją lub innym organem prowadzącym postępowanie wyjaśniające okoliczności **Zdarzenia ubezpieczeniowego**;
- 9.5.3 niezwłocznego zawiadomienia **Ubezpieczyciela** o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego**;
- 9.5.4 dostarczenia **Ubezpieczycielowi** takich zaświadczeń, informacji i dowodów, które są niezbędne dla prawidłowego rozpatrzenia roszczenia;
- 9.5.5 postępowania zgodnie z instrukcjami **Ubezpieczyciela** w związku z wystąpieniem **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub zgłoszeniem roszczenia, a w szczególności są zobowiązani do współpracy z **Uprawnionym lekarzem** lub rehabilitantem prowadzącym leczenie i stosowania się do ich porad.
- 9.6 **Informacja o stanie zdrowia.** **Ubezpieczyciel** ma prawo domagać się podania informacji na temat stanu zdrowia **Ubezpieczonego** lub przyczyn jego śmierci, w tym informacji o stanie jego zdrowia przed zawarciem **Umowy**. **Ubezpieczony** ma obowiązek wydać **Uprawnionym lekarzom, Szpitalom** lub innym instytucjom ochrony zdrowia zgodę na przekazanie lub użyczenie **Ubezpieczycielowi** raportów medycznych oraz wykonanie przez **Ubezpieczyciela** kopii dokumentacji medycznej z prowadzonego leczenia oraz zwolnić ich w tym zakresie z tajemnicy zawodowej.
- 9.7 **Badania lekarskie.** **Ubezpieczyciel** ma prawo, na swój koszt, zbadać stan zdrowia **Ubezpieczonego** i domagać się, by przeprowadzono badania medyczne **Ubezpieczonego**.
- 9.8 **Niedopełnienie obowiązków.** W przypadku gdy **Ubezpieczający** lub **Ubezpieczony** nie postępują zgodnie z postanowieniami **Umowy ubezpieczenia** obligującymi ich do konkretnych zachowań, **Ubezpieczyciel** może odmówić

wypłaty świadczenia w całości lub w części, jeżeli miało to wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego** lub na zwiększenie rozmiaru szkody.

10. Ustalanie i wypłata świadczeń

- 10.1 **Waluta.** Świadczenia z **Umowy** wypłacane są w złotych polskich, chyba że **Umowa** stanowi inaczej. Równowartością kwot wyrażonych w walucie obcej będzie ich równowartość w złotych polskich, wynikająca z przeliczenia ich na złote po kursie średnim Narodowego Banku Polskiego z dnia zaistnienia **Zdarzenia ubezpieczeniowego**.
- 10.2 **Związek przyczynowo-skutkowy.** Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie **Ubezpieczonemu**, **Uposażonemu** lub innej uprawnionej osobie po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy **Nieszczęśliwym wypadkiem** lub **Chorobą** a wskazanym w **Umowie Zdarzeniem ubezpieczeniowym**.
- 10.3 **Zawiadomienie.** Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu przez **Ubezpieczyciela** zawiadomienia o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego** oraz ustaleniu okoliczności niezbędnych do określenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**.
- 10.4 **Informacja o dokumentach.** W terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu **Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel** poinformuje o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego związanego ze **Zdarzeniem ubezpieczeniowym**, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. O ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, poinformuje również osobę występującą z roszczeniem – pisemnie lub w sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę – jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** lub do ustalenia wysokości świadczenia.
- 10.5 **Termin wypłaty.** **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **Zdarzenia ubezpieczeniowego**. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** albo wysokości świadczenia w powyższym terminie okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni, licząc od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia powinna być wypłacona w terminie, o którym mowa w pierwszym zdaniu tego punktu.

11. Skargi i zażalenia

- 11.1 Niezależnie od wysokich standardów świadczenia usług na rzecz **Ubezpieczającego** i **Ubezpieczonego**, mających zastosowanie u **Ubezpieczyciela**, realizując obowiązek określony w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, informujemy o obowiązującej procedurze reklamacyjnej.
- 11.2 Jeżeli **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** lub inny podmiot uprawniony do świadczenia z **Umowy ubezpieczenia** chciałby zgłosić reklamację, powinien to uczynić:
- 11.2.1 w formie pisemnej w siedzibie **Ubezpieczyciela** przy ul. Królewskiej 16 w Warszawie, kod pocztowy 00-103, osobiście lub drogą pocztową;
- 11.2.2 w formie ustnej osobiście w siedzibie **Ubezpieczyciela** lub telefonicznie pod nr. 801 800 028;
- 11.2.3 w formie elektronicznej, przesyłając reklamację na adres poland.office@chubb.com lub szkody@chubb.com.
- 11.3 Odpowiedź na reklamację zostaje udzielona pisemnie w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Jeśli zgłaszający reklamację chciałby otrzymać odpowiedź pocztą elektroniczną, powinien wskazać w reklamacji adres e-mail, na który odpowiedź powinna być przesłana.
- 11.4 W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi we wskazanym wyżej terminie, **Ubezpieczyciel** poinformuje podmiot zgłaszający reklamację, wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczający 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
- 11.5 Niezależnie od powyższego, skargi można wносить do Financial Conduct Authority (25 the North Colonnade, Canary Wharf London E14 5HS, Wielka Brytania).
- 11.6 **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** oraz inny podmiot uprawniony z **Umowy ubezpieczenia** ma prawo wstąpienia na drogę sądową w celu dochodzenia swoich roszczeń.

- 11.7 Jeżeli **Ubezpieczający, Ubezpieczony** lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami **Ubezpieczyciela** co do odmowy zaspokojenia roszczenia, może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Finansowego działającego zgodnie z przepisami polskiej ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
- 11.8 Na podstawie art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, informujemy, że podmiotem uprawnionym dla pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami jest Rzecznik Finansowy (strona internetowa: <https://rf.gov.pl/>).

12. Prawo i sąd właściwy

- 12.1 **Prawo właściwe i jurysdykcja.** Umowa zawarta na podstawie niniejszych **OWU** podlega prawu polskiemu oraz wyłącznej jurysdykcji sądów polskich.
- 12.2 **Sąd.** Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub **Uposażonego**.
- 12.3 **Interpretacja przepisów.** Jeżeli przepis powszechnie obowiązującego prawa, który znajduje zastosowanie w **OWU** i w innych zapisach **Umowy**, zostanie zmieniony lub zastąpiony nowym przepisem po dacie zawarcia **Umowy ubezpieczenia, OWU** i inne postanowienia **Umowy** będą interpretowane tak, by odzwierciedlały jak najlepiej wolę Stron wyrażoną przy zawarciu **Umowy**, w stopniu, w jakim będzie to zgodnie z prawem możliwe.

Dział II. Zakres ubezpieczenia – postanowienia szczególne

13. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja A)

- 13.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w rezultacie **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** poniesie śmierć, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Uposażonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.
- 13.2 **Świadczenia dodatkowe.** W przypadku gdy **Ubezpieczony** poniesie śmierć w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, a świadczenie na mocy pkt 13.1 niniejszej sekcji jest należne, **Ubezpieczyciel**:
- 13.2.1 wypłaci na rzecz każdego **Dziecka Ubezpieczonego** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia**, o ile **Dzieci** jest nie więcej niż pięcioro. Jeżeli w chwili zajścia **Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony** miał więcej niż pięcioro **Dzieci**, świadczenie zostanie podzielone proporcjonalnie.
- 13.2.2 pokryje rozsądne koszty pogrzebu poniesione w kraju stałego zamieszkania **Ubezpieczonego** lub w kraju, w którym **Ubezpieczony** zmarł, nie więcej jednak niż do wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**. Świadczenie zostanie wypłacone osobie, która poniosła koszty pogrzebu **Ubezpieczonego** i jest w stanie to udowodnić. Jeżeli koszty pogrzebu zostały poniesione przez kilka osób, łączna kwota świadczeń wypłaconych na rzecz tych osób nie może przekroczyć **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**.
- 13.2.3 podwoi kwotę świadczenia wskazanego w punkcie 13.1, w przypadku gdy w następstwie tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** śmierć poniosą **Ubezpieczony** i jego **Partner życiowy**, którzy posiadają **Dziecko/Dzieci**, nie więcej jednak niż do wysokości limitu wskazanego w **Umowie**.

14. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (sekcja B)

- 14.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w rezultacie **Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczony** poniesie śmierć, **Ubezpieczyciel**, niezależnie od świadczenia wypłacanego zgodnie z pkt 13.1, wypłaci **Uposażonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.

15. Ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Wypadku przy pracy (sekcja C)

- 15.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w rezultacie **Wypadku przy pracy Ubezpieczony** poniesie śmierć, **Ubezpieczyciel**, niezależnie od świadczenia wypłacanego zgodnie z pkt 13.1, wypłaci **Uposażonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.

16. Ubezpieczenie na wypadek Trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja D)

- 16.1 **Zakres ubezpieczenia.** W przypadku gdy skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** jest **Trwała niezdolność do pracy**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.

17. Ubezpieczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy (sekcja E)

- 17.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Choroby** będzie **Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie** za każdy dzień **Czasowej niezdolności do pracy** następujący po upływie **Okresu oczekiwania**. Przyczyny **Czasowej niezdolności do pracy** objęte zakresem ubezpieczenia wskazane są w **Polisie**.
- 17.2 **Okres świadczenia.** Świadczenie będzie wypłacone maksymalnie za okres wskazany w **Umowie ubezpieczenia**.
- 17.3 **Limit wieku.** Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej sekcji objęte mogą być osoby, które w momencie jej rozpoczęcia nie ukończyły 67. (sześćdziesiątego siódmego) roku życia.
- 17.4 **Wykluczenia szczególne.** Niezależnie od ogólnych wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w pkt 8, świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** w następstwie **Choroby** nie zostanie wypłacone, jeżeli **Czasowa niezdolność do pracy** powstała bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo w wyniku:
- 17.4.1 **Choroby** zdiagnozowanej u **Ubezpieczonego** przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu **Umowy** (lub przed wygaśnięciem **Okresu oczekiwania**, jeśli takowy występował); **Ochrona ubezpieczeniowa** nie obejmuje też choroby, co do której **Ubezpieczony** otrzymał zalecenia leczenia lub był świadomy jej wystąpienia przed wyżej wymienioną datą;
 - 17.4.2 ciąży lub porodu;
 - 17.4.3 **Choroby**, której objawy wystąpiły w okresie pierwszych 30 (trzydziestu) dni, licząc od daty wskazanej w pkt 5.1 i

18. Ubezpieczenie na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja F)

- 18.1 **Zakres ubezpieczenia.** W zależności od przyjętego w **Umowie** wariantu ochrony:
- 18.1.1 **Wariant świadczeń stałych** – w przypadku gdy skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** jest **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego**, **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie wyznaczone jako iloczyn stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, procentowo określonego w **Tabeli uszczerbków nr 1**, oraz **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie ubezpieczenia**.
 - 18.1.2 **Wariant świadczeń proporcjonalnych** – w przypadku gdy skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** jest **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie wyznaczone jako iloczyn stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, procentowo określonego w **Tabeli uszczerbków nr 2**, oraz **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**.
 - 18.1.3 **Wariant świadczeń progresywnych** – w przypadku gdy skutkiem **Nieszczęśliwego wypadku** jest **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie wyznaczone jako iloczyn stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, procentowo określonego w **Tabeli uszczerbków nr 2**, oraz **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**, przy uwzględnieniu poniższego wskaźnika progresji:
 - 1) 1,0 dla **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** do wysokości 25%,
 - 2) 1,5 dla **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** powyżej 25%, nie większego niż 45%,
 - 3) 2,0 dla **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** powyżej 45%, nie większego niż 65%,
 - 4) 2,5 dla **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** powyżej 65%, nie większego niż 85%,
 - 5) 3,0 dla **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** powyżej 85%.
- 18.2 **Orzeczenie lekarskie.** Oceny stopnia **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** dokonuje **Lekarz zaufania Ubezpieczyciela**, wydając **Orzeczenie lekarskie**.
- 18.3 **Kumulacja.** Jeżeli w wyniku tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** zostanie stwierdzony więcej niż jeden **Trwały uszczerbek na zdrowiu**, tj. stan spełniający więcej niż jedną definicję z odpowiedniej **Tabeli uszczerbków**, na świadczenie składa się suma kwot należnych za każdy **Trwały uszczerbek na zdrowiu**, lecz nie więcej niż:

- 18.3.1 określona w **Umowie Suma ubezpieczenia** – w przypadku wariantu świadczeń stałych i proporcjonalnych;
- 18.3.2 trzykrotność określonej w **Umowie Sumy ubezpieczenia** – w przypadku wariantu świadczeń progresywnych.
- 18.4 **Ograniczenie kwoty świadczeń.** Łączna kwota świadczeń wypłaconych jednemu **Ubezpieczonemu** z tytułu niniejszej sekcji nie może przekroczyć:
- 18.4.1 100% **Sumy ubezpieczenia** – w przypadku wariantu świadczeń stałych lub proporcjonalnych albo
- 18.4.2 300% **Sumy ubezpieczenia**, niezależnie od liczby zdarzeń i wypadków – w przypadku wariantu świadczeń progresywnych.
- 18.5 **Stan uprzedni.** W razie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (części ciała, organu, których czynność przed **Nieszczęśliwym wypadkiem** była już upośledzona) stopień **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się jako różnicę pomiędzy stopniem **Trwałego uszczerbku na zdrowiu**, ustalonym na podstawie odpowiedniej **Tabeli uszczerbków**, a stopniem **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** istniejącym przed **Nieszczęśliwym wypadkiem**.
- 18.6 **Dostosowanie orzeczenia.** Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych stopień **Trwałego uszczerbku na zdrowiu** ustala się według zasad przewidzianych w odpowiedniej **Tabeli uszczerbków**, przyjmując dla uszkodzeń lewej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla ręki prawej, a dla uszkodzeń prawej ręki wskaźniki procentowe ustalone dla ręki lewej.

19. Ubezpieczenie na wypadek Złamania kości w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja G)

- 19.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli **Ubezpieczony** w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** i niezależnie od innych okoliczności dozna **Złamania kości**, wskazanego w stanowiącej załącznik do niniejszych **OWU** Tabeli złamań, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie wyznaczone jako iloczyn wartości procentowej, przypisanej do określonego rodzaju **Złamania kości**, oraz **Sumy ubezpieczenia** określonej w **Umowie**, pod warunkiem że **Złamanie kości** zostało zdiagnozowane niezwłocznie po wystąpieniu **Nieszczęśliwego wypadku** i jest leczone przez **Uprawnionego lekarza**.
- 19.2 **Kumulacja.** Jeżeli w wyniku tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** dojdzie u **Ubezpieczonego** do **Złamania** więcej niż jednej kości, całkowita kwota świadczenia zostanie określona jako suma wszystkich świadczeń odnoszących się do poszczególnych **Złamań kości**, lecz suma ta nie może przekroczyć **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**.
- 19.3 **Wykluczenia szczególne.** Niezależnie od ogólnych wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w pkt 8, świadczenie z tytułu ubezpieczenia na wypadek **Złamania kości** nie zostanie wypłacone w przypadku:
- 19.3.1 złamań patologicznych, tj. złamań powstałych w miejscach osłabienia kości przez uprzednio przebytą **Chorobę** lub uraz;
- 19.3.2 złamań odniesionych na skutek osteoporozy lub do których osteoporoza się przyczyniła;
- 19.3.3 złamań powstałych w wyniku nastawiania złamanej kości przez **Uprawnionego lekarza**.

20. Ubezpieczenie na wypadek Poparzenia ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja H)

Zakres ubezpieczenia. W przypadku gdy **Ubezpieczony** ulegnie **Nieszczęśliwemu wypadkowi**, w wyniku którego dozna on, niezależnie od innych okoliczności, **Poparzenia** drugiego lub wyższego stopnia, określonego w stanowiącej załącznik do niniejszych **OWU** Tabeli poparzeń, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie wyznaczone jako iloczyn wartości procentowej, określonej w Tabeli oparzeń dla konkretnego rodzaju **Poparzenia**, oraz **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**, pod warunkiem że oparzenie zostało zdiagnozowane niezwłocznie po wystąpieniu **Nieszczęśliwego wypadku** i jest leczone przez **Uprawnionego lekarza**.

21. Ubezpieczenie ze świadczeniem szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja I)

- 21.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczony** jako **Pacjent hospitalizowany** przebywał w **Szpitalu**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie ubezpieczenia** za każdy dzień przebywania przez **Ubezpieczonego** w **Szpitalu**.
- 21.2 **Okres świadczenia.** Świadczenie będzie wypłacone maksymalnie za okres wskazany w **Umowie**.

- 21.3 **Hospitalizacja Plus.** Na wniosek **Ubezpieczającego** zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony o następujące klauzule dodatkowe (wariant **Hospitalizacja Plus**):
- 21.3.1 **OIOM.** Jeżeli w czasie pobytu w **Szpitalu** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** przebywał przez nieprzerwany okres co najmniej 24 godzin na **OIOM-ie**, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w punkcie 21.1, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** dodatkowe świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w punkcie 21.1 za każdy dzień przebywania na **OIOM-ie**, nie więcej jednak niż za 10 (dziesięć) dni w trakcie pojedynczego pobytu.
- 21.3.2 **Świadczenie rekonwalescencyjne.** Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu trwającego co najmniej 7 (siedem) dni pobytu w **Szpitalu**, z tytułu którego **Ubezpieczyciel** wypłacił świadczenie, **Ubezpieczonemu** zalecony został przez **Uprawnionego lekarza** pobyt w domu, ambulatorium, sanatorium lub ośrodka rehabilitacji, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie rekonwalescencyjne w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w punkcie 21.1 za każdy dzień pobytu, jednak za okres nie dłuższy niż 14 (czternaście) dni.
- 21.3.3 **Transport medyczny.** Jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** przebywał w **Szpitalu** przez okres co najmniej 3 (trzech) dni, a świadczenie z tytułu pobytu w **Szpitalu** jest należne, **Ubezpieczyciel** pokryje koszt transportu medycznego zrealizowanego na rzecz **Ubezpieczonego** z miejsca **Nieszczęśliwego wypadku** do **Szpitala** oraz ze **Szpitala** do miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** do wysokości 500 zł, o ile koszt ten został poniesiony przez **Ubezpieczonego**, co może zostać przez niego wykazane.
- 21.3.4 **Śpiączka.** Jeżeli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** zapadnie w **Śpiączkę**, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w punkcie 21.1 za każdy dzień pozostawania przez **Ubezpieczonego** w **Śpiączce**, maksymalnie za okres 180 (stu osiemdziesięciu) dni w trakcie okresu ubezpieczenia.
- 21.4 **Wykluczenia szczególne.** Niezależnie od ogólnych wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w pkt 8:
- 21.4.1 świadczenie z tytułu pobytu w **Szpitalu** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt w **Szpitalu** był związany z wszelkiego rodzaju leczeniem sanatoryjnym oraz wszelkiego typu pobyt w instytucjach długoterminowej opieki, takich jak: domy seniora, ośrodki rekonwalescencji, ośrodki leczenia uzależnień;
- 21.4.2 świadczenie na wypadek zapadnięcia w **Śpiączkę** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli stan **Śpiączki** został wywołany sztucznie, w procesie leczenia obrażeń odniesionych w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**.

22. Ubezpieczenie kosztów adaptacji/zmiany miejsca zamieszkania lub Pojazdu (sekcja J)

Zakres ubezpieczenia. Jeżeli **Nieszczęśliwy wypadek** skutkuje **Tetraplegią** bądź **Paraplegią** lub spełnione są przesłanki umożliwiające wypłatę świadczenia na mocy pkt 16, **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty adaptacji lub zmiany miejsca zamieszkania lub **Pojazdu** wynikające z konieczności dostosowania do potrzeb inwalidy, do wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**.

23. Ubezpieczenie kosztów związanych z przekwalifikowaniem (sekcja K)

Zakres ubezpieczenia. W przypadku gdy w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** spełnione są przesłanki umożliwiające wypłatę świadczenia na mocy pkt 16, **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** lub **Ubezpieczającemu** (w zależności od tego, kto ponosi koszty) rozsądne i uzasadnione okolicznościami koszty poniesione w celu przekwalifikowania **Ubezpieczonego** do wykonywania pracy zarobkowej w innym zawodzie niż dotychczas wykonywany, do wysokości wskazanej w **Umowie**.

24. Ubezpieczenie wydatków na pomoc domową (sekcja L)

Zakres ubezpieczenia. W przypadku gdy w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** spełnione są przesłanki do wypłaty świadczenia na mocy pkt 16 lub 17, **Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** udokumentowane koszty, rozsądne i uzasadnione okolicznościami, poniesione na pomoc przy wykonywaniu prac domowych (gotowania, sprzątanía, prania, robienia zakupów lub świadczenia podobnych usług) przez okres do 12 (dwunastu) miesięcy od daty **Nieszczęśliwego wypadku** i do wysokości **Sumy ubezpieczenia** wskazanej w **Umowie**.

25. Ubezpieczenie wydatków medycznych związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem (sekcja M)

- 25.1 **Zakres ubezpieczenia.** Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie, wszelkie konieczne wydatki związane z leczeniem następstw Nieszczęśliwego wypadku, poniesione w kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego, które stanowią zapłatę za:
- 25.1.1 wariant podstawowy – koszty zakupu Przedmiotów ortopedycznych i Środków pomocniczych;
 - 25.1.2 wariant rozszerzony – usługi medyczne, leczenie ambulatoryjne i szpitalne, niezbędne badania diagnostyczne, a także rehabilitację i opiekę pielęgniarską świadczone lub zlecone przez Uprawnionego lekarza, w tym także koszty przepisanych przez Uprawnionego lekarza leków i opatrunków, koszty transportu medycznego, usług protetycznych, koszty leczenia i/lub poradnictwa psychoterapeutycznego.
- 25.2 **Ograniczenie świadczenia.** Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wydatki te nie zostały pokryte przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, obowiązujące w kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego, lub świadczenia wynikające z innej umowy ubezpieczenia.
- 25.3 Jeżeli wydatki te zostały tylko w części pokryte przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, obowiązujące w kraju stałego zamieszkania Ubezpieczonego, lub przez świadczenia z innej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu tylko tę część wydatków, która nie została pokryta w ramach wyżej wymienionych ubezpieczeń.

26. Ubezpieczenie na wypadek operacji plastycznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (sekcja N)

- 26.1 **Zakres ubezpieczenia.** Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony został poddany operacji plastycznej, mającej na celu usunięcie zmian w jego wyglądzie wywołanych Nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel zwróci poniesione przez Ubezpieczonego koszty honorarium lekarzy, przeprowadzenia zabiegu, zakwaterowania i opieki szpitalnej oraz leczenia stomatologicznego i protetycznego związanego z całkowitą lub częściową utratą siekaczy lub kłów.
- 26.2 **Ograniczenie świadczenia.** Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
- 26.2.1 leczenie ma na celu wyłącznie usunięcie następstw Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - 26.2.2 zabieg ma miejsce w ciągu 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - 26.2.3 leczenie nie jest gwarantowane lub refundowane przez jakikolwiek inny podmiot (innego ubezpieczyciela prywatnego lub powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne) bądź też podmiot ten nie pokrył kosztów związanych z zabiegiem w całości.

27. Ubezpieczenie na wypadek Zawału serca i Udaru mózgu (sekcja O)

- 27.1 **Zakres ubezpieczenia.** W przypadku gdy na wniosek Ubezpieczającego zakres ubezpieczenia został rozszerzony o postanowienia niniejszego pkt 27, Zawał serca lub Udar mózgu traktowane są jak Nieszczęśliwy wypadek – z zastrzeżeniem pkt 27.3 poniżej.
- 27.2 **Limit wieku.** Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej sekcji objęte mogą być osoby, które w momencie jej rozpoczęcia, w tym również wznowienia, zgodnie z pkt 4.4, nie ukończyły 64. (sześćdziesiątego czwartego) roku życia.
- 27.3 **Wykluczenia szczególne.** Niezależnie od ogólnych wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w pkt 8, świadczenie z tytułu jakiegokolwiek zdarzenia wywołanego Zawałem serca lub Udarem mózgu nie zostanie wypłacone, jeżeli przed rozpoczęciem Okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela u Ubezpieczonego zdiagnozowano Zawał serca lub Udar mózgu lub zdarzenie wynika pośrednio lub bezpośrednio z jakiegokolwiek choroby, na którą Ubezpieczony zapadł przed rozpoczęciem Okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

28. Assistance (sekcja P)

- 28.1 **Zakres ubezpieczenia.** Zakres ubezpieczenia określony jest w Umowie i potwierdzony w Polisie. Zakres ubezpieczenia może obejmować następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, o ile nastąpiły nie później niż 24 miesiące po dacie tego Nieszczęśliwego wypadku:
- 28.1.1 **Wizyta lekarza – Ubezpieczyciel** za pośrednictwem Centrum Alarmowego Assistance organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty Uprawnionego lekarza wskazanej przez Centrum Alarmowe Assistance w

miejscu zamieszkania **Ubezpieczonego**, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego.

- 28.1.2 **Wizyta pielęgniarki – Ubezpieczyciel** za pośrednictwem **Centrum Alarmowego Assistance** organizuje wizytę pielęgniarki i pokrywa jej koszty w miejscu zamieszkania **Ubezpieczonego**. O konieczności wizyty pielęgniarki decyduje **Uprawniony lekarz** skierowany przez **Centrum Alarmowe Assistance**.
- 28.1.3 **Transport medyczny do placówki medycznej** – jeśli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** zaistniała konieczność przewiezienia **Ubezpieczonego** do **Szpitala**, **Centrum Alarmowe Assistance** zapewnia zorganizowanie takiego transportu i pokrycie jego kosztów. O wyborze środka transportu decyduje **Uprawniony lekarz Centrum Alarmowego Assistance**. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia **Ubezpieczonego** nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.
- 28.1.4 **Transport pomiędzy placówkami medycznymi** – jeśli **Szpital**, w którym **Ubezpieczony** znalazł się w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczony** jest skierowany na zabieg bądź badania lekarskie do innego **Szpitala**, **Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje transport i pokryje jego koszty na pisemne zalecenie **Uprawnionego lekarza** prowadzącego leczenie. O rodzaju środka transportu decyduje **Uprawniony lekarz Centrum Alarmowego Assistance** w porozumieniu z **Uprawnionym lekarzem** prowadzącym **Ubezpieczonego**. Transport odbywa się do wskazanego przez **Uprawnionego lekarza** prowadzącego **Szpitala**, mogącego zapewnić **Ubezpieczonemu** adekwatną do jego stanu zdrowia opiekę lub przeprowadzić niezbędną w jego stanie zdrowia diagnostykę.
- 28.1.5 **Transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego bądź do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego** – **Centrum Alarmowe Assistance** zapewnia zorganizowanie transportu i pokrycie jego kosztów, jeśli **Ubezpieczony** przebywał w **Szpitalu** jako **Pacjent hospitalizowany** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** i zgodnie z pisemnym zaleceniem **Uprawnionego lekarza** prowadzącego leczenie wymaga transportu ze **Szpitala** do miejsca zamieszkania **Ubezpieczonego** bądź do miejsca wskazanego przez **Ubezpieczonego**, zlokalizowanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w zależności od tego, które miejsce znajduje się bliżej **Szpitala**, w którym znajduje się **Ubezpieczony**). Transport organizowany jest w przypadku, gdy stan zdrowia **Ubezpieczonego** uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O zasadności świadczenia oraz wyborze środka transportu decyduje **Uprawniony lekarz Centrum Alarmowego Assistance**.
- 28.1.6 **Transport osoby bliskiej w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego poza miejscem zamieszkania** – jeśli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczony** wymaga hospitalizacji w **Szpitalu** znajdującym się poza miejscem zamieszkania **Ubezpieczonego**, **Centrum Alarmowe Assistance**, na wniosek **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciela ustawowego, zorganizuje transport osoby bliskiej i pokryje jego koszty. Transport odbywa się z miejsca pobytu osoby bliskiej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do **Szpitala**, w którym **Ubezpieczony** przebywa jako **Pacjent hospitalizowany**. Osoba bliska jest wskazywana przez **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciela ustawowego. Po zakończeniu hospitalizacji **Ubezpieczonego** **Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje podróż powrotną osoby bliskiej wskazanej przez **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciela ustawowego do jej miejsca zamieszkania oraz pokryje koszty tej podróży. W obydwu przypadkach **Centrum Alarmowe Assistance** decyduje o wyborze środka transportu.
- 28.1.7 **Rehabilitacja** – jeśli **Ubezpieczony** w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku**, zgodnie z pisemnym zaleceniem **Uprawnionego lekarza** prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, **Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje następujące świadczenia i pokryje ich koszty:
- wizyta fizykoterapeuty w miejscu pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego**;
 - transport do poradni rehabilitacyjnej, najbliższego miejsca pobytu/zamieszkania **Ubezpieczonego**, oraz wizyta w poradni rehabilitacyjnej; o wyborze środka transportu decyduje **Uprawniony lekarz Centrum Alarmowego Assistance** w porozumieniu z **Uprawnionym lekarzem** prowadzącym leczenie **Ubezpieczonego**.
- 28.1.8 **Łóżko szpitalne dla przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego** – jeśli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczony** przebywa w **Szpitalu** jako **Pacjent hospitalizowany**, **Centrum Alarmowe Assistance** doloży wszelkich starań w celu zorganizowania łóżka szpitalnego dla przedstawiciela ustawowego **Ubezpieczonego** w **Szpitalu**, w którym **Ubezpieczony** przebywa jako **Pacjent hospitalizowany**. Pokryje również koszty takiego łóżka. Świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami.
- 28.1.9 **Pomoc psychologa** – jeśli w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** **Ubezpieczony** dozna ciężkich obrażeń ciała lub na skutek **Nieszczęśliwego wypadku**, w którym uczestniczył **Ubezpieczony**, nastąpi śmierć przedstawiciela ustawowego **Ubezpieczonego** i zdaniem **Uprawnionego lekarza** z **Centrum Alarmowego Assistance** będzie wskazana konsultacja z psychologiem, **Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje taką wizytę i pokryje jej koszty.
- 28.1.10 **Organizacja wizyty u lekarza specjalisty w wyznaczonej sieci placówek** – jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** **Uprawniony lekarz** z **Centrum Alarmowego Assistance** zleci wizytę u **Uprawnionego lekarza** specjalisty w danej dziedzinie medycyny, **Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje

wizytę w terminie wskazanym przez **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciela ustawowego. Koszt wizyty ponoszony jest przez **Ubezpieczonego**.

- 28.1.11 **Dostawa leków i sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego** – jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego** wymaga leczenia lub rehabilitacji, zgodnie z zaleceniami **Uprawnionego lekarza z Centrum Alarmowego Assistance, Centrum Alarmowe Assistance** zorganizuje transport leków i sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokryje koszty tego transportu do kwoty wskazanej w zawartej **Umowie ubezpieczenia**. Koszt leków i sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa **Ubezpieczonego**.
- 28.1.12 **Opieka domowa** – jeżeli **Ubezpieczonego** w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** przebywał w **Szpitalu** przez okres co najmniej 7 (siedmiu) dni, **Centrum Alarmowe Assistance** po uzyskaniu zlecenia **Uprawnionego lekarza** prowadzącego leczenie zorganizuje i pokryje koszty opieki domowej po zakończeniu hospitalizacji.
- 28.1.13 **Infolinia medyczna – Centrum Alarmowe Assistance** zapewni **Ubezpieczonemu** lub jego przedstawicielowi ustawowemu możliwość rozmowy z **Uprawnionym lekarzem Centrum Alarmowego Assistance**, który w ramach posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli **Ubezpieczonemu** lub jego opiekunowi ustawowemu ustnej wiadomości (niemającej charakteru diagnostycznego) obejmującej informacje o:
- zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych – informacje dotyczące otyłości, nadciśnienia, chorób rzadkich, procedur diagnostycznych, informacje o objawach chorób, procedurach terapeutycznych, sposobach diagnozowania, opisach badań, sposobach przygotowania do badań, przybliżonych cenach badań diagnostycznych, informacje o przyczynach i leczeniu chorób oraz zapobieganiu im;
 - zachowaniach prozdrowotnych – informacje o sposobach zdrowego życia, poglądach lekarzy na sposoby odchudzania się, jak również o ćwiczeniach, sporcie i sposobach zdrowego spędzania wolnego czasu;
 - szpitalach, aptekach, przychodniach, lekarzach znajdujących się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej – informacje dotyczące dostępu do szpitali, aptek, przychodni, lekarzy prowadzących praktykę prywatną itp. (z uwzględnieniem lokalizacji geograficznej i profili usług medycznych) oraz informacje o lekarskich wizytach domowych;
 - lekach oraz objawach niepożądanych przy ich przyjmowaniu – informacja o lekach dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ich dostępności, działaniu, nazwach handlowych oraz zamiennikach; konsultacja w zakresie objawów niepożądanych;
 - dietach, zdrowym żywieniu – informacja o rekomendacjach specjalistów z zakresu stosowania diet oraz zdrowego żywienia;
 - grupach wsparcia, telefonach zaufania dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i o instytucjach świadczących pomoc w przypadku molestowania w pracy, wystąpienia problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych czy w radzeniu sobie z problemami życia codziennego;
 - transporcie medycznym – informacja o możliwościach organizacji powrotu **Ubezpieczonego** do miejsca zamieszkania po hospitalizacji lub transportu **Ubezpieczonego** na badanie oraz organizacja transportu medycznego na wniosek i koszt **Ubezpieczonego**;
 - stanach wymagających nagłej pomocy – pomoc informacyjna w nagłych wypadkach, takich jak: użądlenie przez pszczołę, porażenie słoneczne itp.

28.2 Wszystkie wyżej wymienione świadczenia są realizowane z uwzględnieniem warunków dodatkowych i limitów wskazanych w **Umowie ubezpieczenia**.

28.3 Szczegółowe wyłączenia odpowiedzialności:

28.3.1 Z zastrzeżeniem zapisów art. 8 **OWU**, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty poniesione przez **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli **Ubezpieczonego** lub jego przedstawiciel ustawowy nie wykonał uprzedniego zgłoszenia żądania spełnienia świadczenia do **Centrum Alarmowego Assistance** i poniósł takie koszty bez porozumienia z **Centrum Alarmowym Assistance**, nawet jeśli mieszczą się one w granicach określonych **Sumą ubezpieczenia**, a zdarzenia, których one dotyczą, są objęte ochroną ubezpieczeniową. Niniejsze ograniczenie dotyczące konieczności akceptacji kosztów leczenia przez **Centrum Alarmowe Assistance** nie dotyczy sytuacji, w których **Ubezpieczonego** ze względu na stan zdrowia obiektywnie nie mógł skontaktować się z **Centrum Alarmowym Assistance**.

28.3.2 Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe w następstwie:

- rażąco niedbałego działania lub zaniechania działania przez **Ubezpieczonego**, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
- ataku konwulsji, epilepsji.

28.3.3 Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa **Nieszczęśliwych wypadków** związanych z leczeniem niezwiązanym z pomocą medyczną udzielaną w następstwie **Nieszczęśliwego wypadku** oraz związane z zabiegiem usuwania ciąży.

28.3.4 Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte zdarzenia i ich skutki związane z zagrożeniem życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego. W przypadku otrzymania przez **Centrum Alarmowe Assistance** zgłoszenia zdarzenia związanego z zagrożeniem życia **Ubezpieczonego Centrum Alarmowe Assistance** może odmówić realizacji świadczeń, przy czym nie ponosi odpowiedzialności za kwalifikację danego zdarzenia – na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego – jako zagrażającego życiu i za skutki takiej kwalifikacji.

28.3.5 **Ubezpieczyciel i Centrum Alarmowe Assistance** nie ponoszą odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnienie wykonania usługi, jeśli opóźnienie lub niemożliwość wykonania świadczeń spowodowane są strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, atakami terroru, awarią lub brakiem urządzeń telekomunikacyjnych bądź siłą wyższą, pod pojęciem której rozumie się w szczególności: trzęsienie ziemi, powódź, huragan, pożar lasu. Nie ponoszą też odpowiedzialności za ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od **Ubezpieczyciela i Centrum Alarmowego Assistance**, mogących powodować niedyspozycyjność usługodawców realizujących dane świadczenia (w tym zjawisk meteorologicznych, ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych).

28.4 Postępowanie w przypadku **Nieszczęśliwego wypadku**:

28.4.1 W razie wystąpienia **Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony** zobowiązany jest:

- a) przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie bezwzględnie i niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do **Centrum Alarmowego Assistance** pod numerem telefonu:
+48 22 568 98 22;
- b) dokładnie wyjaśnić pracownikowi **Centrum Alarmowego Assistance** okoliczności, w jakich znajduje się **Ubezpieczony**, wyjaśnić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz podać niezbędne informacje o ubezpieczeniu, tj.:
 - a. numer **Polisy**,
 - b. nazwę **Ubezpieczającego** oraz/lub imię i nazwisko **Ubezpieczonego**,
 - c. numer telefonu, pod którym **Centrum Alarmowe Assistance** może skontaktować się z **Ubezpieczonym** lub jego przedstawicielem ustawowym,

a także umożliwić **Lekarzom zaufania Centrum Alarmowego Assistance** dostęp do wszystkich informacji medycznych, zobowiązany jest stosować się do zaleceń **Centrum Alarmowego Assistance**, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw, umożliwić **Centrum Alarmowemu Assistance** dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

28.5 Kontakt z **Centrum Alarmowym Assistance** i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów świadczeń przewidzianych w pkt 28.1 niniejszej sekcji jest warunkiem spełnienia świadczenia.

Rodzaj świadczenia	Zdarzenie assistance	Limit na jedno zdarzenie
Wizyta lekarza	Nieszczęśliwy wypadek	Maksymalnie 2 zdarzenia w okresie ubezpieczenia, łącznie na zdarzenie 1 200 zł
Wizyta pielęgniarki		
Transport medyczny: <ol style="list-style-type: none"> transport do placówki medycznej; transport pomiędzy placówkami medycznymi; transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania / miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego; transport osoby bliskiej w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego poza miejscem zamieszkania. 		
Rehabilitacja		
Łóżko szpitalne dla przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego		
Pomoc psychologa		
Organizacja wizyty u lekarza specjalisty w wyznaczonej sieci placówek		
Dostawa leków i sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego		
Opieka domowa		
Infolinia medyczna		



Przemysław Owczarek

Dyrektor Oddziału Chubb European Group Ltd. Sp. z o.o.

Oddział w Polsce

Załączniki

Tabela złamań

Rodzaj złamania	Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)
Złamania kości biodrowej, miednicy (z wyjątkiem kości ogonowej)	30%
Złamania kości udowej lub pięty	30%
Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgow (z wyjątkiem kości ogonowej)	25% (za każdy kręg)
Złamania w obrębie kości podudzia (jednej lub obu)	20%
Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	20%
Złamania łopatki, obojczyka, mostka, kości ramiennej	20% (za każdą kość)
Złamania rzepki	15%
Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców i pięty	10%
Złamania w obrębie palucha	10%
Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu)	10%
Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	10%
Złamania w obrębie kciuka	5%
Złamania w obrębie kości palców ręki II–V	5% (za każdy palec)
Złamania w obrębie kości palców stopy II–V	5% (za każdy palec)
Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgow	5% (za każdy kręg)
Złamania żebra, żeber	5% (za każde żebro, maksymalnie 25% z tytułu złamania wielu żeber)
Złamania twarzoczaszki, kości ogonowej, szczęki, nosa	5%

Tabela poparzeń

Rodzaj oparzenia	Świadczenie (% sumy ubezpieczenia)
Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	100%
Oparzenie III stopnia powyżej 25% powierzchni ciała	100%
Oparzenie III stopnia powyżej 15% powierzchni ciała do 25% (włącznie) powierzchni ciała	75%
Oparzenie III stopnia powyżej 10% powierzchni ciała do 15% (włącznie) powierzchni ciała	50%
Oparzenie III stopnia powyżej 5% powierzchni ciała do 10% (włącznie) powierzchni ciała	25%
Oparzenie II stopnia od 3% powierzchni ciała do 5% (włącznie) powierzchni ciała	10%
Oparzenie II stopnia powyżej 25% powierzchni ciała	100%
Oparzenie II stopnia powyżej 15% powierzchni ciała do 25% (włącznie) powierzchni ciała	65%
Oparzenie II stopnia powyżej 10% powierzchni ciała do 15% (włącznie) powierzchni ciała	35%
Oparzenie II stopnia powyżej 5% powierzchni ciała do 10% (włącznie) powierzchni ciała	15%
Oparzenie II stopnia od 3% powierzchni ciała do 5% (włącznie) powierzchni ciała	7%

Kontakt

Chubb European Group Limited

Sp. z o.o. Oddział w Polsce

Królewska 16

00-103 Warszawa

Polska

T: +48224523999

F: +48224523989

poland.office@chubb.com

O Chubb

Prowadząc działalność w 54 krajach, Chubb jest największą na świecie notowaną na giełdzie spółką specjalizującą się w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych oferowanych przedsiębiorstwom i osobom fizycznym.

Spółka wyróżnia się bogatą ofertą produktów i usług, znaczącym potencjałem w zakresie dystrybucji, wzorową kondycją finansową, najwyższą jakością obsługi i ogromnym doświadczeniem w zakresie likwidacji szkód.

Firmy ubezpieczeniowe działające w ramach koncernu Chubb świadczą swoje usługi zarówno na rzecz wielkich międzynarodowych korporacji, jak i małych i średnich przedsiębiorstw, oferując im szeroki zakres ubezpieczeń majątkowych i osobowych. Klientami Chubb są także osoby fizyczne poszukujące ochrony ubezpieczeniowej dla aktywów o dużej wartości, swojego zdrowia i życia. Osobną grupę naszych partnerów stanowią ubezpieczyciele pragnący ograniczyć towarzyszące ich działalności ryzyko za pomocą ochrony reasekuracyjnej.

Koncern dysponuje aktywami o wartości 150 mld USD, a szacunkowa wartość składek przypisanych brutto wynosi 37 mld USD. Dzięki temu główne firmy ubezpieczeniowe wchodzące w skład koncernu mogą pochwalić się bardzo wysokimi ocenami w zakresie kondycji finansowej (ocena AA przyznana przez agencję Standard & Poor's oraz ocena A++ przyznana przez agencję A.M. Best). Spółka macierzysta Chubb notowana jest na Nowojorskiej Giełdzie Papierów Wartościowych (NYSE: CB) i wchodzi w skład indeksu S&P 500.

Chubb. Insured.SM