



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

KARTA INFORMACYJNA *)

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

LP	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3, § 4, § 5, Klauzula nr 1 - § 1, § 2, Klauzula nr 2 - § 1, § 2, Klauzula nr 3 - § 1, § 2, Klauzula nr 4 - § 1, Klauzula nr 5 - § 1.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 16, § 22, Klauzula nr 1 - § 1, § 3, Klauzula nr 2 - § 1, § 2, § 3, Klauzula nr 3 - § 1, § 2, Klauzula nr 4 - § 1, § 2, § 3, Klauzula nr 5 - § 1.

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

Spis treści

CZĘŚĆ I

Postanowienia ogólne	3
Definicje	3
Przedmiot ubezpieczenia	4
Zakres ubezpieczenia	4
Rodzaje, wysokość i wypłata świadczeń	4
Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	5
Umowa ubezpieczenia i czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa ..	6
Suma ubezpieczenia	6
Składka ubezpieczeniowa	6
Odstąpienie i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	7
Obowiązki Towarzystwa	7
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego i skutki ich niewypelnienia ..	7
Wypłata świadczeń	7
Rozpatrywanie reklamacji	8
Rozwiązywanie sporów	8
Postanowienia końcowe	8

CZĘŚĆ II

KLAUZULE DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

KLAUZULA NR 1	
Dzienne świadczenie szpitalne	8
KLAUZULA NR 2	
Zwrot kosztów leczenia poniesionych na terenie RP	8
KLAUZULA NR 3	
Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	9
KLAUZULA NR 4	
Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	10
KLAUZULA NR 5	
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	10

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

CZĘŚĆ I

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej Towarzystwem z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub innymi jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, będącymi członkami Towarzystwa – zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU z zastrzeżeniem, że wszelkie zmiany będą dokonane w formie pisemnej pod rygorem ich nieważności.

§ 2

Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia, także na cudzy rachunek - Ubezpieczony. W takim przypadku postanowienia niniejszych OWU dotyczące Ubezpieczającego odnoszą się odpowiednio do Ubezpieczonego, z wyjątkiem obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej. Zarzut Towarzystwa mający wpływ na jego odpowiedzialność może być podniesiony również przeciwko Ubezpieczonemu.

DEFINICJE

§ 3

Określenia użyte w OWU oznaczają:

- 1) **bójka** – fizyczna walka, podczas której osoby atakują i bronią się nawzajem, gdzie każdy z uczestników bójki dobrowolnie i świadomie przyjmuje i godzi rolę napastnika z rolą napadniętego,
- 2) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy, inne niż działanie zdrowego organizmu,

- 3) **klient** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia,
- 4) **leczenie usprawniające** – terapia medyczna zalecona przez lekarza, mająca na celu przywrócenie możliwie najpełniejszej sprawności psychofizycznej organizmu; za leczenie usprawniające uważa się również rehabilitację,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, nie wynikające ze stanu zdrowia, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, w wyniku którego Ubezpieczony doznał obrażeń ciała lub które spowodowały zgon; w rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca i udar mózgu, jaki wystąpił u Ubezpieczonego, chyba, że były one zdiagnozowanymi wcześniej stanami chorobowymi,
- 6) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury,
- 7) **oparzenie** – uszkodzenia termalne tkanek,
- 8) **osoba trzecia** – każda osoba nie będąca stroną umowy ubezpieczenia,
- 9) **osoba bliska Ubezpieczonemu** – osoba pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:
 - a) małżonek lub konkubent,
 - b) dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie,
 - c) rodzice, ojczym, macocha, teściowie, przysposabiający,
 - d) dziadkowie, wnuki, rodzeństwo, zięciowie, synowie,
- 10) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w klinice lub szpitalu, trwający nieprzerwanie, nie krócej niż 1 dobę; jako pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji, a jako ostatni – dzień wypisu ze szpitala. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt,
- 11) **poważne zachorowanie** – stan organizmu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zdiagnozowany przez lekarza specjalistę, mający potwierdzenie w dokumentacji medycznej oraz objęty zakresem odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z zapisami klauzuli dodatkowej,
- 12) **reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego klienta, w którym klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo,
- 13) **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, działający zgodnie z przepisami prawa krajowego, mający za zadanie, diagnostykę i całodobową opiekę medyczną przy wykorzystaniu wykwalifikowanego personelu medycznego; za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się; domów opieki, sanatoriów, hospicjów, ośrodków i oddziałów rehabilitacyjnych, wypoczynkowych i leczenia uzależnień oraz szpitali sanatoryjnych i szpitali jednodniowych.
- 14) **środki pomocnicze i ortopedyczne** – niezbędne w procesie leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków środki wspomagające, zalecone przez lekarza,
- 15) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. Stopień i rodzaj trwałego uszczerbku określany jest przez Towarzystwo na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej,
- 16) **tabela uszczerbków** – „Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” opracowana i rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej. Tabela jest dostępna w każdej jednostce terenowej Towarzystwa oraz na stronie internetowej www.tuw.pl.
- 17) **Ubezpieczający** – podmiot, który zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia i zobowiązany jest do zapłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 18) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
- 19) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty, których uprawianie wiąże się z osiąganiem silnych emocji i doznań; alpinizm (także wspinaczka skałowa i lodowa), udział w wyprawach i ekspedycjach do rejonów o ekstremalnych warunkach przyrodniczych lub klimatycznych, baloniarstwo, eksploracja jaskiń, jazda ekstremalna pojazdem mechanicznym, rowerem, na nartach, lotnictwo, nurkowanie, paralotniarstwo, skoki bungee, spadochroniarstwo, sploty górskie, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki, szybownictwo, windsurfing, parkour, rafting, zorbing,
- 20) **sporty o charakterze wyczynowym** – sporty, uprawiane celem osiągnięcia we współzawodnictwie na imprezach sportowych jak najlepszych wyników oraz materialnych korzyści; także każdy sport uprawiany zawodowo, w tym ćwiczenia i rywalizacja na treningach,
- 21) **Uprawniony** – osoba upoważniona pisemnie przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego albo z mocy prawa do odbioru świadczenia z tytułu szkody objętej ubezpieczeniem,

- 22) **udar mózgu** – trwałe, trwające minimum 24h, uszkodzenie tkanki mózgowej przebiegające nagle, powstałe w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych lub zaburzeń przepływu krwi (zakrzep, zator, krwotok), za wyjątkiem przemijających epizodów krążeniowo-mózgowych, trwających krócej niż 24 godziny i niepozostawiających trwałych następstw neurologicznych. (*TIA - transient ischaemic attack*),
- 23) **zawał serca** – (*infarctus myocardii*) martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, potwierdzona przez typowe bóle stenokardialne w wywiadzie, sugerujące chorobę niedokrwienną serca, zmiany w EKG charakterystyczne dla świeżego zawału serca oraz podwyższony poziom enzymów sercowych; wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na terenie całego świata z uwzględnieniem zastrzeżeń dotyczących wyłączeń terytorialnych wskazanych dla poszczególnych świadczeń.
 2. Ochrona ubezpieczeniowa w **Wariancie Pełnym** jest całodobowa i trwa 7 dni w tygodniu, obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które powstały: podczas wykonywania pracy, nauki lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia, podczas drogi do/z miejsca ich wykonywania oraz w życiu prywatnym.
 3. Ochrona ubezpieczeniowa w **Wariancie Ograniczonym** obejmuje zakres ograniczony do następstw nieszczęśliwych wypadków, które powstały: podczas wykonywania pracy, nauki lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia i podczas drogi do/z miejsca ich wykonywania.
3. W uzasadnionych przypadkach, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu może być ustalany na podstawie badań przeprowadzanych przez lekarza powołanego przez Towarzystwo lub zaocznej komisji lekarskiej.
 4. Ostateczne ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje po zakończeniu leczenia oraz zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego nie później jednak, niż w terminie 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
 5. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł w ciągu 24 miesięcy wskutek nieszczęśliwego wypadku – świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uprawnionemu w wysokości różnicy należnego świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, a już otrzymanym świadczeniem z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 6. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem właściwym dla danego organu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem uszczerbku istniejącym przed wypadkiem.
 7. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowo skutkowym z nieszczęśliwym wypadkiem, niewypłacone przed śmiercią Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się Uprawnionemu.
 8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia, rozpoznania (diagnoza lekarska), a także dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
 9. W przypadku, o którym mowa w ust.3 Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie orzeczenia lekarskiego lub komisji lekarskiej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia obejmuje w **podstawowym zakresie** następujące świadczenia:
 - 1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w tym zawału serca i udaru mózgu,
 - 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i wyrobów ortopedycznych,
 - 4) zwrot udokumentowanych kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów,
 - 5) zwrot kosztów operacji plastycznych, przeprowadzonych w związku z następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest stwierdzenie zaistnienia związku przyczynowo skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
3. Za opłatą dodatkowej składki, ochrona ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o świadczenia zapisane w klauzulach nr 1 do 5, stanowiących integralną część niniejszych OWU.
4. Rozszerzenie ochrony, o której mowa w ust. 3 wymaga opłacenia dodatkowej składki, której wysokość uzależniona jest od kryteriów określonych w postanowieniach każdej z klauzul i dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia nie krótszych niż 12 miesięcy.

§ 7

1. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) aktu zgonu Ubezpieczonego, zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę zgonu, karty zgonu, dokumentu tożsamości uprawnionego, a także dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

§ 8

1. **Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych** następuje po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem.
2. Świadczenie wypłacane jest w wysokości poniesionych kosztów, maksymalnie do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Poniesione przez Ubezpieczonego, udokumentowane koszty nabycia (w tym wypożyczenia) środków pomocniczych i ortopedycznych, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pod warunkiem, że nie znajdują się w zakresie refundacji lub nie zostały zrefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez innego Ubezpieczyciela.
4. Towarzystwo zwróci koszty zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych o ile zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską oraz potwierdza konieczność zastosowania środków pomocniczych i ortopedycznych w procesie leczenia,
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty winny

RODZAJE, WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 6

1. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku** wypłacane jest w wysokości równej 1% sumy ubezpieczenia za każdy określony procent trwałego uszczerbku. Maksymalna kwota wypłaty świadczenia nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustalany jest bez konieczności badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika powołanego przez Towarzystwo, na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej oraz „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” opracowanej i rekomendowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej. Tabela dostępna jest w każdej jednostce terenowej Towarzystwa oraz na stronie internetowej www.tuw.pl.

być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki,

- 4) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

§ 9

1. **Zwrot udokumentowanych kosztów przysposobienia zawodowego inwalidów** następuje po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy trwałym uszczerbkiem zaistniałym w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz koniecznością przysposobienia zawodowego Ubezpieczonego.
2. Świadczenie wypłacane jest w wysokości poniesionych kosztów, maksymalnie do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
3. Poniesione, wyłącznie na terytorium RP przez Ubezpieczonego, udokumentowane koszty przysposobienia zawodowego inwalidów Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu, o ile zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza orzecznika ZUS o celowości przysposobienia z powodu całkowitej utraty zdolności do pracy w zawodzie,
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia; dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki,
 - 4) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
5. Koszty przysposobienia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie wówczas, gdy nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, że zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 10

1. **Zwrot kosztów operacji plastycznych** następuje po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy trwałym uszczerbkiem zaistniałym w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej.
2. Świadczenie wypłacane jest w wysokości poniesionych kosztów, maksymalnie do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie więcej jednak niż 2 500 PLN.
3. Poniesione przez Ubezpieczonego, udokumentowane koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie okaleczeń ciała i oszpeceń powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pod warunkiem, że zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską oraz potwierdza konieczność wykonania operacji plastycznej w celu usunięcia okaleczeń i oszpeceń,
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej, wykonującej operację oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki,
 - 4) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

§ 11

1. **Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała** wypłacane jest Ubezpieczonemu po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem.

2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wskaźników w poniższej tabeli pod warunkiem, że Ubezpieczony uległ oparzeniu co najmniej II stopnia.

Rodzaj oparzenia/odmrożenia	Wskaźnik procentowy
oparzenie/odmrożenie II stopnia do 5% powierzchni ciała	5
oparzenie/odmrożenie II stopnia od 5% do 20% powierzchni ciała	10
oparzenie/odmrożenie II stopnia powyżej 20% do 30% powierzchni ciała	25
oparzenie/odmrożenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	35
oparzenie/odmrożenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	10
oparzenie/odmrożenie III stopnia od 5% do 30% powierzchni ciała	20
oparzenie/odmrożenie III stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	50

3. Świadczenie wypłacane jest w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia i wskaźnika określonego w tabeli zamieszczonej w ust.2, w zależności od rodzaju oparzenia lub odmrożenia.
4. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia, rozpoznania (diagnoza lekarska).

§ 12

1. Łączna wysokość świadczeń podstawowych wypłaconych w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określonej w dokumencie potwierdzającym ochronę ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenia podstawowe według kolejności zgłaszania roszczeń i otrzymanej dokumentacji, na podstawie której jest możliwa wypłata świadczeń.
3. W przypadku istnienia odpowiedzialności w zakresie określonym w klauzuli nr 2, jako pierwsze wypłaca się świadczenia podstawowe.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 13

1. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstw nieszczęśliwych wypadków:
 - 1) powstałych przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej
 - 2) wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczonego oraz osobę bliską,
 - 3) wyrządzonych przez Ubezpieczonego w wyniku rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 4) w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem działania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, a także polegających na usiłowaniu popełnienia lub popełnieniu przez Ubezpieczonego przestępstwa, jeżeli miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 5) powstałych w wyniku prowadzenia pojazdów lub obsługi maszyn bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) polegających na samookaleczeniu, usiłowaniu popełnienia lub popełnieniu samobójstwa, okaleczeniu na własną prośbę bez względu na stan poczytalności Ubezpieczonego w chwili popełnienia wymienionego czynu,
 - 7) będących następstwem wszelkich stanów chorobowych zarówno przewlekłych jak i występujących nagle, a także uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem lub wykonywaniem zabiegów leczniczych, chyba że umówiono się inaczej,
 - 8) powstałych wskutek zaburzeń psychicznych lub napadów epileptycznych Ubezpieczonego,
 - 9) powstałych w wyniku czynnego i zamierzonego udziału Ubezpieczonego w bójkach lub innych aktach przemocy za wyjątkiem wypadków powstałych podczas działania w obronie koniecznej rozumianej jako odpięcie bezpośredniego i bezprawnego zamachu na jakiegokolwiek dobro własne lub innej osoby lub podczas udzielania pomocy osobom znajdującym się w niebezpieczeństwie,

- 10) powstałych wskutek błędów w sztuce lekarskiej, eksperymentów medycznych, zabiegów kosmetycznych wykonywanych przez osoby nie posiadające uprawnień do ich wykonywania,
 - 11) powstałych w następstwie działań wojennych, rewolucji, niepokojów społecznych, blokady dróg, konfiskat, strajków, zamieszek, rozruchów, sabotażu lub manifestacji,
 - 12) powstałych wskutek bezpośredniego lub pośredniego oddziaływania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego, promieni jonizujących, laserowych lub maserowych bez względu na przyczynę i źródło ich pochodzenia oraz pola magnetycznego lub elektromagnetycznego,
 - 13) powstałych wskutek uprawiania wszelkich sportów wysokiego ryzyka lub o charakterze wyczerpującym, chyba że umówiono się inaczej,
 - 14) powstałych wskutek używania statków powietrznych (urządzeń lotniczych) bez napędu motorowego, motolotni, samolotów o lekkiej konstrukcji, chyba że umówiono się inaczej,
 - 15) powstałych wskutek posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami i środkami o podobnym działaniu, a także posługiwania się bronią,
 - 16) powstałych w wyniku zawału serca lub udaru mózgu u osób w wieku powyżej 67 lat,
2. Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są utraczone korzyści i straty rzeczywiste powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, w tym utrata, uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy osobistych należących do Ubezpieczonego, a także zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
 3. Wszystkie zapisy dotyczące wyłączeń dotyczą także klauzul dodatkowych, chyba że postanowienia szczególne w klauzulach stanowią inaczej.

UMOWA UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 14

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, sporządzonego na formularzu Towarzystwa, który stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach.
3. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia, pomimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego lub jego przedstawiciela na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą lub innym dokumentem ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków może zostać zawarta:
 - 1) indywidualnie w formie imiennej,
 - 2) grupowo w formie:
 - a) imiennej,
 - b) bezimiennej,
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie indywidualnej, na rachunek nie więcej niż czterech osób – wszystkie te osoby objęte zostają ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie ubezpieczenia, z takimi samymi sumami ubezpieczenia, rozszerzeniami zakresu ochrony ubezpieczeniowej i na taki sam okres ubezpieczenia. Ponadto wszystkie osoby muszą być zakwalifikowane do tej samej grupy określonej w umowie ubezpieczenia, stanowiącej jednolitą zbiorowość.
7. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej – minimalna liczba ubezpieczonych wynosi pięć, zaś wszystkie osoby objęte zostają ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie ubezpieczenia, z takimi samymi sumami ubezpieczenia, rozszerzeniami zakresu ochrony ubezpieczeniowej i na taki sam okres ubezpieczenia. Ponadto wszystkie osoby muszą być zakwalifikowane do tej samej grupy określonej w umowie ubezpieczenia, stanowiącej jednolitą zbiorowość:
 - 1) przy ubezpieczeniu w formie grupowej imiennej - Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć listę osób objętych ochroną ubezpieczeniową zawierającą co najmniej Imię i Nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem oraz nr PESEL,
 - 2) przy ubezpieczeniu w formie grupowej bezimiennej Ubezpieczający zobowiązany jest prowadzić ewidencję ubezpieczonych zawierającą co najmniej Imię i Nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem oraz nr PESEL.

§ 15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że umówiono się inaczej (ubezpieczenie krótkoterminowe).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej, niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub raty składki, chyba że strony umówiły się inaczej:
3. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub z upływem okresu jej wypowiedzenia,
 - 3) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia spowodowanej wypłatą świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
4. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie składki powoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile po upływie oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia terminu płatności raty Towarzystwo wezwało Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 16

1. Górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa jest suma ubezpieczenia ustalona z Ubezpieczającym, określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
3. Odrębne sumy ubezpieczenia stanowiące górną granicę odpowiedzialności określone zostały w poszczególnych klauzulach dodatkowych. Sumy ubezpieczenia określone w klauzulach są niezależne od sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w zakresie podstawowym, chyba że treść zapisów klauzul stanowi inaczej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 17

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Wysokość składki ustala się w oparciu o obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia taryfę stawek.
3. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest z uwzględnieniem:
 - 1) zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia oraz zastosowanych klauzul dodatkowych,
 - 2) sumy i okresu ubezpieczenia,
 - 3) taryfowych zniżek i zwyżek składki,
 - 4) dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia,
 - 5) rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy lub innych czynności, podczas których Ubezpieczony jest objęty ochroną,
 - 6) częstotliwości opłacania składki;
 - 7) ilości ubezpieczonych osób;
 - 8) indywidualnej oceny ryzyka.
4. O ile nie umówiono się inaczej, składka jest płatna jednorazowo. W ubezpieczeniach krótkoterminowych składka płatna jest jednorazowo.
5. Termin płatności składki oraz jej wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń zawieranych na okres 1 roku, termin ten nie może być dłuższy niż 14 dni od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego, postanowień dodatkowych lub odmiennych od określonych w niniejszych OWU lub klauzulach, Towarzystwo może ustalić składkę w innej wysokości, niż wynika to z taryfy stawek.
7. Odstąpienie lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
8. Dniem zapłaty składki lub jej raty jest dzień:
 - 1) złożenia zlecenia przelewu w banku pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się odpowiednia ilość środków, w przeciwnym wypadku zapłatę uznaje się za dokonaną w chwili uznania rachunku bankowego Towarzystwa pełną kwotą należnej składki,
 - 2) wpłacenia pełnej kwoty należnej składki w kasie Towarzystwa,
 - 3) wpłacenia pełnej kwoty należnej składki pośrednikowi ubezpieczeniowemu odpowiednio umocowanemu przez Towarzystwo.
9. Składka nie podlega indeksacji.

§ 18

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była na okres 12 miesięcy, wysokość składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi wynosi 1/365 kwoty składki rocznej za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zwrot składki nie przysługuje, gdy Towarzystwo wypłaciło świadczenie równe sumie ubezpieczenia.
4. Zwrot składki nie przysługuje również w sytuacji, gdy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zostały wypłacone świadczenia za szkody, które łącznie wyczerpały sumę ubezpieczenia.
5. W przypadku rocznych ubezpieczeń grupowych zawartych w formie bezimiennej zwiększenie lub zmniejszenie do 5% ogólnej liczby Ubezpieczonych nie powoduje zapłaty dodatkowej składki, ani też zwrotu nie wykorzystanej jej części.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta była na inny okres niż 12 miesięcy, zasady określone w ust. 2 stosuje się odpowiednio.

ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 19

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30 dniowego terminu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia zawartej na okres dłuższy niż 6 miesięcy w terminie 30 dni jeżeli nie jest przedsiębiorcą lub 7 dni jeżeli jest przedsiębiorcą, licząc od dnia zawarcia umowy.
3. Każda ze stron może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w terminie 14 dni od zgłoszenia przez drugą stronę żądania zmiany wysokości składki w związku z ujawnieniem okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo może rozwiązać umowę ubezpieczenia:
 - 1) z zachowaniem 7-dniowego terminu wypowiedzenia - w razie podania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego niezgodnych z prawdą okoliczności istotnych dla oceny ryzyka wystąpienia szkody lub oceny jej rozmiaru, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku o ubezpieczenie lub nie poinformowania Towarzystwa o zaistnieniu takich okoliczności, w czasie trwania umowy ubezpieczenia;
 - 2) ze skutkiem natychmiastowym – jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki za ubezpieczenie lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie.

OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA

§ 20

1. W terminie 7 dni od daty otrzymania zgłoszenia szkody Towarzystwo informuje Ubezpieczającego lub Uprawnionego pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, o fakcie przyjęcia zgłoszenia szkody, jak też o dokumentach jakie są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia – jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Jeżeli w terminie określonym w § 23 ust. 2 i 3 niniejszych OWU Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub kwota jest innej wysokości, niż określona roszczeniem, Towarzystwo informuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem o okolicznościach oraz o podstawie prawnej, uzasadniając całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
4. Na żądanie Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym, Towarzystwo obowiązane jest udzielić mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO I SKUTKI ICH NIEWYPEŁNIENIA

§ 21

1. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu złagodzenia skutków wypadku,
 - 2) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 3) niezwłocznie powiadomić Policję:
 - a) o wypadku z ofiarami w ludziach,
 - b) o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo.
 - 4) zawiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, nie później niż 7 dni od daty wypadku, chyba że wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mógł tego uczynić, w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 7 dni od ustąpienia przyczyny niezgłoszenia szkody,
 - 5) dostarczyć do Towarzystwa:
 - a) dokumentację medyczną, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) oraz uzasadniającą konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia, jak również dokumentację z przeprowadzonego leczenia,
 - b) prawidłowo wypełniony formularz zgłoszenia szkody,
 - c) dokumenty wskazane Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
2. Umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji dotyczących okoliczności nieszczęśliwego wypadku u lekarzy lub innych podmiotów, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Ubezpieczonym po wypadku, zwalniając ich z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, poprzez podpisanie oświadczenia przy zgłaszaniu roszczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku. W przypadku takiej konieczności, poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.

§ 22

1. W razie niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w § 21 ust. 1 pkt 1 i 2 OWU Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w § 21 ust. 1 pkt 4 Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
3. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego któregośkolwiek z pozostałych obowiązków określonych w § 21 Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części jeżeli niedopełnienie obowiązków miało wpływ na zwiększenie rozmiarów szkody, ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i rozmiaru szkody.
4. Skutki braku zawiadomienia Towarzystwa o wypadku nie występują, jeżeli Towarzystwo w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymało wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 23

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie otrzymanego pisemnego zgłoszenia o zaistniałym zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.
2. Świadczenie wypłacane jest w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w terminie określonym w ust. 2 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie informuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie i uzasadnia swoje stanowisko, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę częściową lub całkowitą świadczenia oraz informuje o przysługującej jej środkach odwoławczych.
5. Wypłata świadczenia następuje w formie przelewu na rachunek bankowy lub w inny sposób uzgodniony z Ubezpieczonym lub Uprawnionym do otrzymania świadczenia.

§ 24

1. W przypadku zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo, Ubezpieczającym, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia reklamacji na działanie lub zaniechanie Towarzystwa związane z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2012 r. poz. 1529),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa, obsługującej klientów.
3. Ze szczegółową informacją dotyczącą trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji można zapoznać się na stronie internetowej Towarzystwa lub w każdej jednostce Towarzystwa.

§ 25

1. Właściwą jednostką organizacyjną Towarzystwa do rozpatrywania reklamacji jest jednostka określona w regulacjach wewnętrznych Towarzystwa, obowiązujących na dzień składania reklamacji.
2. Towarzystwo rozpatruje reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania przez Towarzystwo.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, gdy rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 2, odpowiedź zostanie udzielona po dokonaniu ustaleń niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji, nie później jednak niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie. Na wniosek klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.

§ 26

1. W przypadku nieuwzględnienia przez Towarzystwo roszczeń wynikających z reklamacji, osobom fizycznym, które są Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego w zakresie zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo. Dodatkowo w przypadku, jeśli ww. osoby są konsumentami w rozumieniu art. 22¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2014 r. poz. 121, z późn. zm.) mają możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.
2. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ROZWIĄZYWANIE SPORÓW**§ 27**

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 28**

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony tej umowy, winny być dokonywane na piśmie.
2. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisy mające zastosowanie do ryzyk objętych ochroną ubezpieczeniową w poszczególnych klauzulach.

Podstawę obowiązywania niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia stanowi Uchwała nr 70/16 Zarządu TUW „TUW” z dnia 23 marca 2016 r. oraz Zarządzenie Prezesa TUW „TUW” nr 12/16 z dnia 23 marca 2016 r.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów zawieranych od 1 kwietnia 2016 r.

KLAUZULE DODATKOWE ROZSZERZAJĄCE ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**KLAUZULA NR 1****DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE**

Zgodnie z zapisem § 5 ust 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o wypłatę świadczenia dodatkowego z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.

§1

1. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 3 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
2. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
3. Suma ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego stanowi odrębną sumę, niż określona w OWU suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§2

Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli jestienne świadczenie szpitalne na rzecz Ubezpieczonego, który na podstawie zaleceń lekarza specjalisty musiał poddać się leczeniu szpitalnemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

§3

1. Świadczenie wypłacane jest w związku z udokumentowanym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, zaleconym przez lekarza specjalistę, w trakcie którego Ubezpieczony poddany został leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie wypłacane jest za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 3 dnia hospitalizacji i nie dłużej niż 90 dni. W przypadku kilkukrotnego pobytu w szpitalu związanego z jednym zdarzeniem w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypłata świadczenia przysługuje od 1 dnia kolejnego pobytu w szpitalu, który nie był krótszy niż 24 godziny i łącznie nie przekroczył 90 dni.
3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie), karty leczenia szpitalnego, wypisu ze szpitala.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 0,3% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie więcej niż 100 PLN za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu w wysokości nie większej, niż suma ubezpieczenia określona w niniejszej klauzuli.
5. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§4

Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 2**ZWROT KOSZTÓW LECZENIA PONIESIONYCH NA TERENIE RP**

Zgodnie z zapisem § 5 ust.3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o zwrot kosztów leczenia poniesionych na terenie RP.

§1

1. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na jedno i wszystkie zdarzenia w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
2. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.

§2

1. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli są udokumentowane i uzasadnione koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków pod warunkiem, że koszty te nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub jakiegokolwiek innego tytułu, a ponadto zaistniały w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku i zostały poniesione na terytorium RP.
2. Za koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w rozumieniu niniejszej OWU uważa się między innymi: wizyty lekarskie, zabiegi ambulatoryjne, badania diagnostyczne, koszty zaleconych leków oraz opatrunków, transport z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium, koszty niezbędnych operacji wykonywanych w trybie pilnym.
3. Za koszty leczenia uważa się także: koszty odbudowy stomatologicznej zębów stałych uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadków z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 niniejszej klauzuli oraz koszty leczenia usprawniającego.
4. Towarzystwo zwraca także koszty pomocy psychologicznej poniesione przez Ubezpieczonego, w przypadku, gdy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości nie mniej niż 15%.

§3

1. Zwrot kosztów leczenia dokonywany jest przez Towarzystwo do wysokości udokumentowanych faktycznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż do 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie),
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo, niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki.
3. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej dotyczący jednego stałego zęba zostaje ograniczony do wysokości nie wyższej niż 300 PLN.
4. Zwrot kosztów pomocy psychologicznej ograniczony zostaje do wysokości 450 PLN, przy czym koszt jednej wizyty, nie więcej niż 150 PLN.
5. Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§4

Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 3

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Zgodnie z zapisem § 5 ust.3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.

§1

1. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 3 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenie w okresie odpowiedzialności.
2. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
3. Suma ubezpieczenia ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.

§2

1. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowano w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa poważne zachorowanie będące jednym z niżej wymienionych:
 - 1) **by-pass (operacja pomostowania aortalno-wieńcowego)** – zabieg operacyjny z otwarciem klatki piersiowej, polegający na wszczępieniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass), mających na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych. Definicja nie obejmuje

żadnych innych zabiegów na naczyniach wieńcowych, chirurgii, tzw. minimalnego dostępu oraz zabiegów PTCA (balonikowanie naczyń wieńcowych za pomocą cewnika). Wypłata świadczenia w zakresie wdrożenia procedury medycznej by-pass dotyczy nagłej niewydolności naczyń wieńcowych, nie będącej leczeniem planowym w tym zakresie,

- 2) **nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina (ziarnica złośliwa). Świadczenie jest należne jeśli obecność nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii oraz zajdzie konieczność zastosowania leczenia interwencyjnego, operacji lub objęcia Ubezpieczonego opieką paliatywną.

Wyłączone są następujące nowotwory złośliwe:

- a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane, jako zmiany przedinwazyjne;
- b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
- c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
- d) nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji);
- e) rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.

Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy.

- 3) **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Wypłata świadczenia dotyczy sepsy rozpoznanej, jako choroba pierwotna i samoistna nie będąca powikłaniem choroby przewlekłej,
- 4) **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzone stwierdzeniem, co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych w badaniu metodą magnetycznego rezonansu jądrowego. Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy,
- 5) **śpiączka** – stan utraty przytomności przebiegający u Ubezpieczonego łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych u Ubezpieczonego utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączka farmakologiczna,
- 6) **transplantacja głównych narządów** – która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego,
- 7) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach wywołana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, niemożliwa do skorygowania żadną dostępną metodą leczenia,
- 8) **utrata kończyn** – amputacja jednej z kończyn w przebiegu choroby - z wyłączeniem chorób przewlekłych i metabolicznych lub spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub powyżej,
 - b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub powyżej.

§3

Świadczenie wypłacane jest po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:

- 1) druku zgłoszenia roszczenia,
- 2) dokumentacji medycznej, która zawiera potwierdzenie rozpoznania poważnego zachorowania, będącego wyłącznie jednym ze wskazanych w § 2,
- 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

§4

1. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń podstawowych określonych w § 5 OWU.
2. Świadczenie wypłacane jest ponad sumę ubezpieczenia, określoną w umowie ubezpieczenia.

§5

Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 4

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Zgodnie z zapisem § 5 ust.3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.

§1

Wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek, który powstał w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, a w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy, rowerzysta lub kierowca albo pasażer środka lokomocji, potwierdzony stosowną dokumentacją sporządzoną przez policję lub inny organ administracji publicznej.

Środek lokomocji – lądowy pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwiła jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h; statek wodny, rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym; prom, wodolot i poduszkowiec; statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, motolotni, skrzydłowców oraz spadochronów.

§2

1. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.

§3

1. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek wypadku komunikacyjnego jaki, wydarzył się w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, nie później niż 24 miesiące od zaistnienia tego wypadku.
2. Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu, po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu, aktu zgonu,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
3. Skumulowane świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu zapisów niniejszej klauzuli nie może przekroczyć 150% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
4. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§4

Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 5

ZWROT KOSZTÓW POGRZEBU UBEZPIECZONEGO

Zgodnie z zapisem § 5 ust.3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego.

§1

1. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 4 000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.

§2

1. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo osobie uprawnionej do jego otrzymania.
2. Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu, po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty statystycznej zgonu lub aktu zgonu,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

§3

1. Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń podstawowych określonych w § 5 OWU.
3. Świadczenie wypłacane jest ponad sumę ubezpieczenia, określoną w umowie ubezpieczenia.

§4

Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

NOTATKI

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

