



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia za:

1) **ekspedycję** – uważa się zorganizowaną wyprawę mającą na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,

2) **koszty leczenia** – uważa się koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych,

3) **lokaut** – uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,

4) **nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczający – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,

5) **osobę uprawnioną** – uważa się wskazaną przez Ubezpieczającego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,

6) **osoby trzecie** – uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,

7) **przedsiębiorcę** – uważa się osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,

8) **strajk** – uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego lub ekonomicznego, oraz żądaniem zmian,

9) **terroryzm** – uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,

10) **udział własny** – uważa się kwotę, o którą Ubezpieczyciel

zmniejsza wypłacane łączne odszkodowanie lub świadczenie z tytułu zajścia nieszczęśliwego wypadku,

11) **wyczynowe uprawianie sportu** – uważa się:

a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,

b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wprowadza się trzy klasy ryzyka, w zależności od stopnia ryzyka wynikającego z rodzaju wykonywanej pracy lub uprawianej przez Ubezpieczającego dyscypliny sportowej:

1) **I klasa ryzyka** obejmuje:

a) osoby wykonujące pracę w przeważającej części w biurach, placówkach oświatowych, naukowych, leczniczych, artystycznych i kulturalnych, rzemiośle ręcznym oraz osoby duchowne i niepracujące,

b) tenis stołowy, kręglarstwo, wędkarstwo, kulturystykę, bilard, brydż sportowy, golf, szachy, modelarstwo sportowe,

2) **II klasa ryzyka** obejmuje:

a) osoby wykonujące pracę w rzemiośle zmechanizowanym, handlu, rolnictwie, leśnictwie, rybołówstwie, budownictwie, przemyśle (poza zaliczonymi do klasy III), transporcie, żegludze, gazownictwie, służbie weterynaryjnej, lotnictwie, wojsku, strażach pożarnych, trenerów, sędziów i instruktorów sportowych,

b) tenis ziemny, badminton, gimnastykę artystyczną i sportową, lekkoatletykę, pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo, surfing, windsurfing, piłkę wodną, łyżwiarstwo figurowe i szybkie, hokej na trawie, kajakarstwo, łucznictwo, strzelectwo, myślistwo, kolarstwo, sporty motorowodne, narciarstwo wodne, szermierkę,

3) **III klasa ryzyka** obejmuje:

a) pracowników ochrony mienia i osób, policjantów, ratowników górskich, osoby wykonujące pracę w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, przemyśle górniczym i kopalniczym pod ziemią, saperów i inne osoby zatrudnione przy materiałach wybuchowych, nurków, oblatywaczy samolotów, akrobatów, kaskaderów,

b) judo, dalekowschodnie sztuki walki, rugby, boks, bobsleje, podnoszenie ciężarów, zapasy, narciarstwo, pletwonurkowanie, hokej na lodzie, piłkę nożną, piłkę siatkową, piłkę ręczną, koszykówkę, futbol amerykański, baseball, sporty spadochronowe i balonowe, sporty lotnicze, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm i taternictwo.

2. W przypadkach niewymienionych powyżej klasę ryzyka ustala się według rodzajów zatrudnienia lub dyscyplin sportowych wymienionych w ust. 1 pkt 1–3 najbardziej odpowiadających stopniowi ryzyka wynikającemu z rodzaju wykonywanej pracy lub dyscypliny sportowej uprawianej przez Ubezpieczającego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.

2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:

- 1) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa albo samobójstwa,
- 2) w wyniku samookaleczenia,
- 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
- 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
- 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, terroryzmu lub sabotażu,
- 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczającego pojazdu bez wymaganego uprawnienia,
- 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka, zgodnie z postanowieniami § 3, oraz uczestniczenia w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 pkt 2).

3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- 1) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczającego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - 2) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczający został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - 3) uszkodzeń dysków międzykręgowych,
 - 4) zatruc przewodu pokarmowego,
 - 5) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. Opłacając dodatkową składkę, zakresem ochrony ubezpieczeniowej mogą zostać objęte:
- 1) następstwa zawałów serca i udarów mózgu,
 - 2) następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka, w rozumieniu postanowień § 3.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 5

W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego zakresu świadczeń wypłacanych z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, umowa ubezpieczenia zawierana jest w wariantach I, II lub III.

§ 6

1. W wariantach I Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w umowie sumy ubezpieczenia,

2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu:

- a) w przypadku uszczerbku w wysokości 100% – pełną sumę ubezpieczenia określoną w umowie,
- b) w przypadku uszczerbku częściowego – procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. W wariantach II Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia - 100% określonej w umowie sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wynoszącego:
 - a) do 25% – 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - b) od 26 do 50% – 1,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - c) od 51 do 75% – 2,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - d) powyżej 75% – 3,5% sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. W wariantach III Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zaistniałego wypadku – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z poniższą tabelą oceny uszczerbku na zdrowiu:

Całkowita utrata wzroku:	
w obu oczach	100%
w jednym oku wraz z utratą oka	40%
w jednym oku bez utraty oka	35%
Całkowita utrata słuchu:	
w obu uszach	60%
w jednym uchu	20%
Całkowita utrata małżowiny	15%
Całkowita utrata mowy	100%
Całkowita utrata kończyny górnej:	
w barku	75%
w obrębie ramienia	70%
w obrębie przedramienia	65%
w nadgarstku	55%
Całkowita utrata:	
kciuka	20%
palca wskazującego	15%
innego palca	5%
Całkowita utrata kończyny dolnej:	
w stawie biodrowym	75%
na wysokości uda	70%
na poziomie stawu kolanowego	65%
w obrębie podudzia	60%
Całkowita utrata stopy	50%
Całkowita utrata:	
dużego palca	5%
innego palca	2%

3) w przypadku uszkodzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku mózgowia lub nerwów obwodowych, powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu w wysokości powyżej 70% – procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 7

1. Ubezpieczyciel dokonuje również zwrotu kosztów:

1) nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 2 000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2,

2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 2 000 PLN.

2. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 PLN złotych za każdy ząb.

3. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów są zwracane wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych, oraz pod warunkiem, że zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 8

Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki zakres świadczeń wypłacanych w związku z zaistniałym wypadkiem może zostać rozszerzony o:

1) zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki,

2) zwrot kosztów leczenia,

3) jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy,

4) dzienne świadczenie szpitalne,

5) zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych,

§ 9

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej, pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki przysługuje w wysokości 0,15% sumy ubezpieczenia za każdy dzień niezdolności do pracy (nauki).

2. Zasiłek dzienny przysługuje od 10. dnia po wypadku, a jeżeli niezdolność do pracy (nauki) trwała co najmniej 30 dni – od następnego dnia po wypadku, nie dłużej jednak niż przez okres 90 dni.

§ 10

1. Zwrot kosztów leczenia przysługuje, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 20% sumy ubezpieczenia.

2. Koszty leczenia zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 11

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy przysługuje, jeżeli utrata zdolności nastąpiła w ciągu 2 lat od daty wypadku – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie w umowie, w kwocie

odpowiadającej sumie ubezpieczenia dla pozostałych świadczeń.

§ 12

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w przypadku trwającego co najmniej 72 godziny pobytu Ubezpieczającego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową – w wysokości 0,15% sumy za każdy dzień pobytu w szpitalu; dzielne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu Ubezpieczającego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.

2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni.

§ 13

1. Zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych przysługuje do wysokości 5% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku.

2. Koszty rehabilitacji są zwracane wyłącznie wtedy, gdy zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

FORMA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Umowa ubezpieczenia może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie imiennej lub bezimiennej.

3. W umowach grupowych w odniesieniu do wszystkich osób obowiązuje taki sam zakres ubezpieczenia, rodzaje świadczeń oraz sumy ubezpieczenia.

4. Forma bezimienna umowy może być stosowana wyłącznie w odniesieniu do ubezpieczeń grupowych, w których ubezpieczeniem objętych zostało 100% osób należących do określonej w umowie grupy.

SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie sporządzonego w formie pisemnej wniosku ubezpieczeniowego.

2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:

1) imię i nazwisko (nazwę) oraz adres Ubezpieczającego,

2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana w formie imiennej na cudzy rachunek,

3) liczbę osób objętych ubezpieczeniem, w przypadku zawierania umowy w formie bezimiennej,

4) przedmiot i zakres ubezpieczenia,

5) sumę ubezpieczenia.

§ 16

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w zakresie pełnym lub ograniczonym.

2. Zakres pełny obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczającego podczas wykonywania określonej w umowie ubezpieczenia pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym.

3. Zakres ograniczony obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków

doznanych przez Ubezpieczającego podczas wykonywania pracy zawodowej oraz w drodze do i z pracy lub podczas wykonywania innych określonych w umowie ubezpieczenia czynności.

ZAWARCIE UMOWY NA CUDZY RACHUNEK

§ 17

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
4. Ubezpieczony może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 18

1. Sumy ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
2. Z wyjątkiem przypadków określonych w § 6 ust. 2 pkt 2) suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 19

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i wyrażonej w procentach stawki za ubezpieczenie każdego z ryzyk, określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna od klasy ryzyka, zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy umowy ubezpieczenia oraz długości okresu ubezpieczenia.
4. Przy ustalaniu wysokości składki uwzględnia się:
 - 1) wyższe składki za:
 - a) zawarcie umowy na sumę ubezpieczenia przekraczającą wysokości określone w taryfie,
 - b) zawarcie umowy na rzecz osoby, która ukończyła 70. rok życia,
 - c) objęcie ochroną ubezpieczeniową następstw zawałów serca i udarów mózgu,
 - d) objęcie ochroną ubezpieczeniową następstw nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka,
 - e) rozłożenie składki na raty,
 - 2) niższe składki za:
 - a) bezszkodową kontynuację ubezpieczenia – w umowie ubezpieczenia zawartej w formie indywidualnej,
 - b) ilość osób Ubezpieczonych wskazaną w taryfie – w umowie ubezpieczenia zawartej w formie grupowej.
5. Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo.
6. W umowach ubezpieczenia zawartych w formie indywidualnej, zawartych na okres 12 miesięcy, ze składką przekraczającą 400 PLN, na wniosek Ubezpieczającego

płatność składki może zostać rozłożona na 2 lub 4 raty.

7. W umowach ubezpieczenia zawartych w formie grupowej płatność składki może zostać na wniosek Ubezpieczającego rozłożona na raty.

§ 20

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 21

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe). Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
3. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni.
4. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.
5. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 22

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ergo Hestii wszelkie zmiany okoliczności, wymienione w ust. 1, o które Ergo Hestia zapytywała we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 23

1. Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ergo Hestię o wypadku pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub 0 (58) 555 6 555 lub 0 (58) 555 5 555.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

3. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§ 24

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczający obowiązany jest:

1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,

2) zwolnić lekarzy, u których leczył się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,

3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,

4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,

5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,

6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

2. W razie śmierci Ubezpieczającego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczającym.

3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 25

1. Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:

1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające

przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej, 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający ma obowiązek udostępnić inne dokumenty niezbędne do prawidłowej likwidacji szkody.

3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczającego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, Ubezpieczający zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§ 26

Uprawniony z umowy ubezpieczenia obowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§ 27

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.

2. Ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.

3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24. miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

4. W przypadkach określonych w § 6 ust. 3 pkt 3) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się najwcześniej po upływie 12 miesięcy od dnia wypadku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje były już przed wypadkiem upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

§ 28

Jeżeli Ubezpieczający otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.

§ 29

Jeżeli Ubezpieczający zmarł po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrał należnego świadczenia, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczającego.

§ 30

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do wykonywania pracy lub nauki wypłacany jest na podstawie właściwego zaświadczenia lekarskiego.

2. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty całości lub części świadczenia w przypadku stwierdzenia, iż w czasie niezdolności do pracy lub nauki Ubezpieczający wykonywał pracę zawodową lub uczęszczał na zajęcia szkolne.

§ 31

Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy jest orzeczenie lekarza

orzecznika ZUS stwierdzające trwałą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej.

§ 32

1. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.

2. Dienne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

§ 33

Przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczającego.

§ 34

1. Koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są na podstawie oryginałów rachunków.

2. Ubezpieczyciel potrąca udział własny Ubezpieczonego w wysokości 30% poniesionych kosztów leczenia.

§ 35

Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu także udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 36

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem wypadku, ustalone przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 37

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy wypłaca się Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 38

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez Ubezpieczającego.

2. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 39

1. Zasiłek dzienny z tytułu czasowej pełnej niezdolności do pracy lub nauki wypłaca się Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 40

1. Dienne świadczenie szpitalne wypłaca się Ubezpieczonemu.

2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 41

1. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są osobie, która je poniosła.

2. Jeżeli Ubezpieczający zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§ 42

Świadczenia, o których mowa w §§ 36–41, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć ubezpieczającego.

§ 43

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczającego nie ma osoby uprawnionej przez niego do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi – w całości,
- 2) dzieciom – w częściach równych,
- 3) rodzicom – w częściach równych,
- 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłej – w częściach równych.

2. W razie braku uprawnionego z przysługującego świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie rzeczywiste, udowodnione koszty pogrzebu oraz ewentualne koszty transportu zwłok z miejsca wypadku do miejsca pochówku osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 44

Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 45

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 2.

4. Jeżeli z okoliczności wypadku wynika, że nie ma możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bez wyjaśnienia kwestii winy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

§ 46

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 47

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku

gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 48

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 47, następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 49

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio na: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 50

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela

lub upoważnionego pracownika po przestaniu ich drogą pisemną pod adres siedziby Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest w terminie 30 dni Ubezpieczonemu pod adresem wskazanym w skardze lub zażaleniu.

§ 51

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i Kodeksu cywilnego.

§ 52

1. Spory wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 53

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu



Jarosław Piątkowski