

Pomyśl, że warto żyć SPOKOJNIE.

Ogólne warunki
ubezpieczenia

Ubezpieczenie hapiśpokój dla Klientów
IPF Polska Sp. z o.o.



Pomyśl


UNIQA

FORMULARZ DO OWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Ogólne warunki ubezpieczenia hacispokój dla IPF Polska Sp. z o.o. – indeks IPF/2021/03.

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 § 3 ust. 1 i 2 § 4 ust. 5 § 10 § 12
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 2, 3, 4 § 11

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia hapispokój dla Klientów IPF Polska Sp. z o.o. – indeks IPF/2021/03 (dalej: OWU) stosuje się do Umów ubezpieczenia zawieranych przez Klientów IPF Sp. z o.o. z UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń S.A.
2. OWU wraz z dokumentami w nich wskazanymi kształtują treść Umowy ubezpieczenia, w szczególności prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia (Towarzystwa i Ubezpieczającego, będącego również Ubezpieczonym) i innych uprawnionych z Umowy ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w OWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Adres zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu Ubezpieczającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazane we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia poprzez podanie adresu, a w przypadku zmiany – w zgłoszeniu tej zmiany dokonanym na piśmie albo drogą elektroniczną na adres ubezpieczenia.ba@uniqa.pl;
- 2) **Agent** – IPF Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-305) przy Al. Jerozolimskich 136;
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim, która rozpoczęła się w Okresie ubezpieczenia;
- 4) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Towarzystwo, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2–4; jest to dzień następujący po dniu wyrażenia przez Ubezpieczającego woli zawarcia Umowy ubezpieczenia we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ale nie wcześniejszy od dnia następującego po dniu opłacenia Składki;
- 5) **Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych rodzajów ryzyka:
 - a) **śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – dzień śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) **Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek** – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek,
 - c) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) **Czasowa niezdolność do pracy** – pierwszy dzień niezdolności wskazany na zwolnieniu lekarskim,
 - e) **Utrata pracy** – dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku Utraty pracy uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) **Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – dzień złamania kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z IPF Polska Sp. z o.o. umowę pożyczki;
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego; na potrzeby Zdarzeń medycznych jest to dodatkowo zdarzenie skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagające interwencji pogotowia ratunkowego;
- 8) **Okres ubezpieczenia** – liczony w pełnych miesiącach okres udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową i trwający nieprzerwanie przez liczbę pełnych miesięcy wybraną przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem że Okres ubezpieczenia może trwać od minimum 3 (trzech) pełnych miesięcy do maksimum 48 (czterdziestu

ośmiu) pełnych miesięcy; na potrzeby obliczenia Okresu ubezpieczenia przez pełny miesiąc rozumie się miesiąc rozpoczynający się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu tego miesiąca;

- 9) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 10) **Pobyt w szpitalu z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, spowodowany inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni; okres Pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 11) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 12) **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, do której zapłaty zobowiązany jest Ubezpieczający, płatna jednorazowo za ochronę udzielaną w Okresie ubezpieczenia;
- 13) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa;
- 14) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na którego terytorium jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka, w tym szpitala sanatoryjnego, ośrodka wycieczkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także oddziału i ośrodka rehabilitacji ani ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 15) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51;
- 16) **Ubezpieczający** – Klient, który zawarł Umowę ubezpieczenia;
- 17) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie Ubezpieczającym;
- 18) **Umowa pożyczki** – konsumencka umowa pożyczki zawarta pomiędzy Ubezpieczającym oraz IPF Polska Sp. z o.o.;
- 19) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU;
- 20) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli zmarł on przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci; jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
 - a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - b) dzieci – w równych częściach, a w razie ich braku
 - c) rodzice – w równych częściach, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwo – w równych częściach, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym;
- 21) **Utrata pracy** – utrata pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn niedotyczących Ubezpieczonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy, pod warunkiem że w wyniku takiej utraty pracy Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy bądź ustawy zastępującej tę ustawę;

- 22) **Wariant ubezpieczenia** – możliwa do wyboru przez Ubezpieczającego wersja Umowy ubezpieczenia; warianty ubezpieczenia różnią się między sobą Sumami ubezpieczenia i wysokością Składki;
- 23) **Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – dokument ubezpieczeniowy potwierdzony przez Ubezpieczającego oraz przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 24) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – to następujące zdarzenia:
- śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
- w zależności od statusu zatrudnienia:
- Czasowa niezdolność do pracy, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, albo
 - Utrata pracy, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, albo
 - Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 25) **Złamanie kości** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzone przez lekarza i potwierdzone dokumentacją medyczną.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz zdolność Ubezpieczonego do zarobkowania.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek, oraz
 - Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - w zależności od statusu zatrudnienia:
 - Utratę pracy – w przypadku Ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony oraz zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, pod warunkiem że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż data zakończenia Umowy ubezpieczenia, albo
 - Czasową niezdolność do pracy – w przypadku Ubezpieczonych, którzy nie spełniają warunku objęcia ochroną z tytułu Utraty pracy, a którzy są objęci społecznym ubezpieczeniem chorobowym (np. osoby zatrudnione na czas określony krótszy niż Umowa ubezpieczenia, samozatrudnieni opłacający dobrowolną składkę z tytułu społecznego ubezpieczenia chorobowego), albo
 - Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku Ubezpieczonych, którzy nie spełniają warunku objęcia ochroną z tytułu Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

- Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje po zapłaceniu Składki w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową na podstawie Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i zaakceptowanego przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa. Zapłata Składki powinna nastąpić w terminie 7 dni od dnia złożenia Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie przez Ubezpieczającego oświadczeń o treści i formie wymaganej przez Towarzystwo we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłacenie Składki.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. O odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego w formie pisemnej

lub mailowo, o ile Ubezpieczający wyraził na to zgodę we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na Okres ubezpieczenia liczony w pełnych miesiącach, rozpoczynający się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową i trwający nieprzerwanie przez liczbę pełnych miesięcy wybraną przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem że Okres ubezpieczenia może trwać od minimum 3 (trzech) pełnych miesięcy do maksimum 48 (czterdziestu ośmiu) pełnych miesięcy.
- Ubezpieczającym może być Klient, który:
 - w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia miał ukończony 18. rok życia, a który jednocześnie nie ukończy 75. roku życia przed upływem Okresu ubezpieczenia;
 - posiada Adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - złożył wypełniony Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi wymaganymi przez Towarzystwo oświadczeniami zawartymi we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony w tym samym czasie może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu dwóch Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU.

Ochrona ubezpieczeniowa i odpowiedzialność Towarzystwa

§ 5

- Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe, w przypadku których Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał miejsce w czasie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 2 pkt 24) lit. a).
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Utraty pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni (dotyczy otrzymania wypowiedzenia stosunku pracy, tzn. w ciągu 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony nie może przebywać w stanie wypowiedzenia stosunku pracy lub otrzymać wypowiedzenia stosunku pracy) od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek rozpoczyna się po upływie 14 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z dniem zajścia wcześniejszego ze zdarzeń:
 - śmierci Ubezpieczonego;
 - odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - z dniem następującym po dniu złożenia wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - zakończenia Okresu ubezpieczenia.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenienia Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku zawarcia Umowy z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w której Ubezpieczający jest konsumentem, termin, w którym może on odstąpić od Umowy, składając oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
- Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu w formie pisemnej albo drogą elektroniczną na adres: ubezpieczenia.ba@uniqa.pl.
- Po upływie terminów wskazanych w ust. 6 i 7 Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, składając oświadczenie w formie pisemnej albo drogą elektroniczną na adres:

ubezpieczenia.ba@uniqa.pl ze skutkiem na dzień następujący po dniu, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie woli o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 6

1. Ubezpieczający ma obowiązek opłacić Składkę oraz powiadamiać Towarzystwo o zmianie danych osobowych podanych w Polisie.
2. Ubezpieczający jest uprawniony w szczególności do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz składania reklamacji, skarg i zażaleń.
3. Ubezpieczony jest uprawniony w szczególności do otrzymania świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia.

Obowiązki Towarzystwa

§ 7

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU i innych dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia przed jej zawarciem;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu potwierdzającego zawarcie Umowy ubezpieczenia w postaci Polisy;
- 3) wypłaty świadczeń zgodnie z zasadami określonymi w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa;
- 4) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w Umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Składka

§ 8

1. Wysokość Składki zależy od Okresu ubezpieczenia, na jaki jest zawarta Umowa ubezpieczenia, oraz wybranego przez Ubezpieczającego Wariantu ubezpieczenia, i jest obliczana na podstawie poniższych stawek:

Stawka	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Wysokość stawki miesięcznej	10 zł	16 zł	23 zł

2. Składka należna jest za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, i stanowi iloczyn wysokości stawki miesięcznej zgodnie z wybranym wariantem oraz liczby pełnych miesięcy objętych Okresem ubezpieczenia, i jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
3. Wysokość należnej Towarzystwu Składki oraz termin jej płatności są określone w Polisie.
4. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie jest świadczona.

Sumy ubezpieczenia

§ 9

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych i wynoszą:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	5 000 zł	10 000 zł	15 000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek	10 800 zł	18 000 zł	27 000 zł

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	21 600 zł	36 000 zł	54 000 zł	
Utrata pracy Ubezpieczonego*	4 200 zł	7 200 zł	10 800 zł	
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego*	4 200 zł	7 200 zł	10 800 zł	
Złamania kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku*	grupa I	200 zł	300 zł	400 zł
	grupa II	500 zł	750 zł	1 000 zł
	grupa III	1 500 zł	2 000 zł	3 000 zł

* ryzyka wymienne zgodnie z § 3 ust. 2

2. Sumy ubezpieczenia są ustalane na 12-miesięczne okresy ubezpieczenia w danym Okresie ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych świadczeń z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których zostały ustalone i które miały miejsce w danym Okresie ubezpieczenia.
3. Sumy ubezpieczenia ulegają odnowieniu w każdym Okresie ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 10

Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo wypłaci Uposażonemu bądź osobom uprawnionym do otrzymania świadczenia jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
 - 1) wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała odniesione wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku, nawet jeśli nastąpiła po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej.

Pobyt w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek

2. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wskazanej w ust. 3 za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, począwszy od trzeciego dnia pobytu. Suma takich pojedynczych świadczeń w danym Okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek.
3. Świadczenie za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (maksymalnie za 180 dni) wynosi:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
60 zł	100 zł	150 zł

4. Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. W przypadku Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, po upływie każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu, Towarzystwo wypłaci część świadczenia przypadającą za ten okres – z uwzględnieniem limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 3.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie po jego zakończeniu, Towarzystwo wypłaci świadczenie za dni Pobytu w szpitalu po zakończeniu Okresu ubezpieczenia, aż do wyczerpania limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 3. Postanowienie ust. 5 stosuje się odpowiednio.

Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

7. W razie Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w kwocie wskazanej w ust. 8 za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, począwszy od 3 dnia pobytu. Suma takich

pojedynczych świadczeń w rocznym okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

8. Świadczenie za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (maksymalnie za 180 dni) wynosi:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
120 zł	200 zł	300 zł

9. Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 11 i 12.
10. W przypadku Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 30 dni, na wniosek Ubezpieczonego, po upływie każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu Towarzystwo wypłaci część świadczenia przypadającą za ten okres – z uwzględnieniem limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 8.
11. Jeżeli Pobyt w szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwa nieprzerwanie po jego zakończeniu, Towarzystwo wypłaci świadczenie za dni Pobytu w szpitalu po zakończeniu Okresu ubezpieczenia, aż do wyczerpania limitu 180 dni, o którym mowa w ust. 8. Postanowienie ust. 11 stosuje się odpowiednio.
12. Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek oraz Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie sumują się – Towarzystwo wypłaci tylko świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek.

Utrata pracy Ubezpieczonego

13. W razie Utraty pracy, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, za każde nieprzerwane 30 dni pozostawania Ubezpieczonego bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie w kwocie wskazanej w ust. 15, przy czym pierwsze świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu po 30-dniowym pozostawaniu bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych. Suma takich pojedynczych świadczeń w rocznym okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy Ubezpieczonego.
14. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, w postaci kolejnej Utraty pracy, Ubezpieczonemu przysługuje kolejne świadczenie, pod warunkiem że ta kolejna Utrata pracy przez Ubezpieczonego poprzedzona była co najmniej 12-miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę.
15. Świadczenie za każdy 30-dniowy nieprzerwany okres Utraty pracy (maksymalnie 6 świadczeń) wynosi:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
700 zł	1 200 zł	1 800 zł

Czasowa niezdolność do pracy

16. W razie Czasowej niezdolności do pracy trwającej co najmniej 30 dni, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia, za każde nieprzerwane 30 dni Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie w kwocie wskazanej w ust. 17. Suma takich pojedynczych świadczeń w rocznym Okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy.
17. Świadczenie za każdy 30-dniowy okres nieprzerwanego trwania Czasowej niezdolności do pracy (maksymalnie 6 świadczeń) wynosi:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
700 zł	1 200 zł	1 800 zł

Złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

18. W przypadku Złamania kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci w rocznym okresie ubezpieczenia tylko jedno świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia przewidzianej dla danej grupy złamań, zgodnie z tabelą złamań obowiązującą w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Złamania kości.

Tabela złamań

Złamania – grupa I
pozostałe złamania kości niesklasyfikowane w grupie złamań II oraz III
Złamania – grupa II
kości piętowej
kości podudzia
kości ramiennej lub przedramienia
kości rzepki
Złamania – grupa III
kości czaszki (wyłącznie podstawy), z wyjątkiem sklepienia i twarzoczaszki
kości miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej oraz ogonowej)
kości w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasady bliższej kości udowej, krętarzy, złamania pod- i nadkrętarzowe) oraz kości talerza biodrowego
kości kręgosłupa (wyłącznie kompresyjne złamania kręgu), z wyjątkiem wyrostków kolczystych i poprzecznych
kości udowej

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 11

Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest następstwem:
 - działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii bądź ustawy zastępującej tę ustawę), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub

działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;

- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania danym pojazdem lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek

2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu w szpitalu jest następstwem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.

Utrata pracy

4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Utraty pracy jest wyłączona, jeżeli:

- 1) do Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
- 2) Ubezpieczony przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanych z tym faktem zmianach sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczących bezpośrednio Ubezpieczonego;
- 3) Utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę w związku z upływem czasu, na który została zawarta, rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego na mocy porozumienia stron z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków

pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;

- 4) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącego dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony jest współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub jest członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego;
- 5) Utrata pracy wynika z powodu: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.

Czasowa niezdolność do pracy

5. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 4) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydechanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 6) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
- 9) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia, w szczególności sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrod-

- niczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
 - 12) następującej choroby lub niepełnosprawności: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, choroby wieńcowej, choroby tętnic, miażdżycy, tętniaka, choroby naczyń mózgowych, udaru mózgu, choroby nadciśnieniowej, zaburzeń rytmu serca, choroby nowotworowej, padaczki, cukrzycy, gruźlicy, niewydolności nerek, zwłóknienia i marskości wątroby, choroby trzustki, AIDS lub nosicielstwa wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, sepsy, choroby psychicznej, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed Dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 12 miesięcy od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 13) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych Ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 14) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 15) ciąży Ubezpieczonej.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem w Szpitalu, którego celem jest:
- 1) leczenie lub poddanie się przez Ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z wyjątkiem komplikacji w okresie połogu zagrażających życiu kobiety);
 - 2) poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli złamanie kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że ich udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkoma-

- nii, z późniejszymi zmianami) bądź leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 6) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych do przeprowadzania takich zabiegów;
 - 7) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli nie posiadali oni odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 9) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
8. W przypadku ryzyka Złamania kości w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doszło do amputacji kończyny lub jej części, i nie doszło do złamania kości.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia z umowy ubezpieczenia mogłaby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Wypłata świadczenia

§ 12

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Wypłaty świadczeń są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej, jeśli miało to miejsce;
 - 6) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, postanowienia prokuratury, jeśli zostało wszczęte postępowanie);
 - 7) kopii innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności wskazanych przez Towarzystwo we wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 8) kopii dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Utraty pracy jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) zaświadczenia z urzędu pracy informującego o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;

- 3) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy; kopii umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający Dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala, obejmującej okres 2 lat przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i okres od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia do momentu zgłoszenia roszczenia, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 3) jeżeli zdarzenie jest następstwem Nieszczęśliwego wypadku – kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, jeśli zostało wszczęte postępowanie);
 - 4) kopii zwolnień lekarskich potwierdzających Czasową niezdolność do pracy;
 - 5) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia.
7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem.
8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) opisu okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia;
 - 5) kopii następujących dokumentów: protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, informacji o sposobie zakończenia postępowania przygotowawczego, jeśli zostało wszczęte postępowanie przygotowawcze, lub kopii postanowienia o umorzeniu postępowania).
9. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu Złamania kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym karty informacyjnej leczenia szpitalnego, lub adresów placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany, leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem;
 - 3) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia.
10. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Dokumenty, o których mowa w ustępach 4–10, powinny zostać złożone w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, Agenta albo pracownika Towarzystwa.

12. Kopia dokumentacji medycznej może być również potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, Szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
13. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, uprawniony do otrzymania świadczenia przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance
14. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu +48 22 555 05 06 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl.

Reklamacje

§ 13

1. W każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą uprawnioną z Umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej mogą wnieść reklamację.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień składanych przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, z wyjątkiem wystąpień dotyczących brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu +48 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/ reklamacje;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: UNIQA TU S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo przesyłką pocztową na adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa
5. Reklamacje składa się do zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów.
6. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

7. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
8. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby fizycznej składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu), a w przypadku osób prawnych należy podać nazwę firmy, adres do korespondencji oraz NIP.
9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
10. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
11. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 14.
12. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym w stosunku do Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).
13. Konsument ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
14. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–10 i 13, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach,

uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądowa

§ 14

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego 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 innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. O ile OWU nie stanowią odmiennie, informacje, dokumenty i oświadczenia związane z Umową ubezpieczenia będą przekazywane pisemnie lub drogą elektroniczną, lub w innej formie zaakceptowanej przez Stronę lub przewidzianej przez przepisy prawa.
2. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego.

§ 16

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 26 stycznia 2021 r.
2. Integralną część OWU stanowi Formularz do OWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



www.uniqa.pl