

## **Informacja dla Wnioskodawcy / Ubezpieczonego**

### **Informacja o Ubezpieczycielu**

Niniejsza umowa ubezpieczenia jest zawierana z określonymi ubezpieczycielami należącymi do Lloyd's, z siedzibą przy Lime Street 1, Londyn, EC3M 7HA, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii. Lloyd's jest zrzeszeniem ubezpieczycieli. Ubezpieczycielem dla niniejszej umowy będzie:

- ANV Syndicates Limited, Syndykat 1861

Lloyd's Polska sp. z o.o. jest generalnym przedstawicielem ubezpieczycieli Lloyd's w Polsce. Jego siedziba znajduje się w Warszawskim Centrum Finansowym, ul. Emilii Plater 53, 00-113 Warszawa, Polska.

Informujemy, że działalność podmiotów funkcjonujących w ramach Lloyd's jest regulowana przez Financial Conduct Authority oraz Prudential Regulation Authority.

Wszelkie zapytania lub skargi związane z umową ubezpieczenia lub likwidacją szkody powinny być kierowane w pierwszej kolejności do brokera lub agenta ubezpieczyciela w Polsce.

**LSWXXXPL**

## **Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Utraty Dochodu „Elite”**

Niniejsza polisa jest gwarantowana przez Konsorcjum Lloyd's 9208. Liderem Konsorcjum jest Syndykat Lloyds 1861, który jest zarządzany przez ANV Syndicates Limited. ANV Syndicates Limited jest zarejestrowana w Anglii i Walii pod numerem rejestrowym 04434499. Siedziba ANV Syndicates Limited znajduje się przy 47 Mark Lane, Londyn EC3R 7QQ. ANV Syndicates Limited jest autoryzowana przez Prudential Regulation Authority i nadzorowana przez Financial Conduct Authority i Prudential Regulation Authority (numer referencyjny: 226696).

Certyfikacja ochrony ubezpieczeniowej

Niniejsze "Ogólne Warunki Ubezpieczenia" połączone z polisą ubezpieczenia stanowią świadectwo ubezpieczenia i poświadczają, że umowa ubezpieczenia została zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem. W zamian za opłacenie składki Ubezpieczyciele zgadzają się ubezpieczyć Ubezpieczającego zgodnie z warunkami zawartymi w wyżej wymienionych dokumentach. Na podstawie umowy numer BA 092770e Ubezpieczyciele upoważnili iExpert.pl S.A. do podpisania tych dokumentów w ich imieniu.

### **§ 1**

#### **Postanowienia ogólne**

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Utraty Dochodu „Elite”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy **Ubezpieczycielami** oraz **Ubezpieczającym**, również na odległość, drogą elektroniczną za pośrednictwem Internetu lub telefonu.  
Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia określony jest w postanowieniach niniejszych OWU oraz w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (dalej Regulamin), który znajduje się na stronie internetowej [www.iexpert.pl](http://www.iexpert.pl)
2. W odniesieniu do uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wypadkiem lub **Chorobą** oferowane jest odrębne ubezpieczenie, w ramach niniejszego ubezpieczenia, zgodnie z paragrafem 3 pkt 1 Poziom 2.
3. **Ubezpieczający** zobowiązany jest:
  - a) sprawdzić, czy informacje zawarte w polisie są prawidłowe oraz czy polisa uwzględnia oczekiwania **Ubezpieczającego** co do ochrony ubezpieczeniowej.
  - b) powiadomić **Ubezpieczyciela** o wszelkich nieścisłościach zawartych w danych znajdujących się w polisie lub o wszelkich zmianach tych danych.
  - c) przestrzegać zasad zgłaszania roszczeń, a także pozostałych obowiązków umownych.  
Niezastosowanie się do powyższych zaleceń może niekorzystnie wpływać na przyznane ubezpieczenie oraz na roszczenia zgłaszane przez **Ubezpieczającego**.
4. **Ubezpieczający** ma prawo do odstąpienia od niniejszej umowy ubezpieczenia w terminie trzydziestu dni (30) od dnia jej zawarcia.
5. **Ubezpieczający** może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia w każdej chwili przez pisemne powiadomienie pośrednika ubezpieczeniowego (brokera lub agenta). Ewentualny zwrot **Ubezpieczającemu** składki będzie zależał od długości obowiązywania niniejszej umowy ubezpieczenia.
6. **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć niniejszą umowę ubezpieczenia na warunkach opisanych w dalszych postanowieniach OWU.
7. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek innej osoby. W takim przypadku postanowienia OWU dotyczące **Ubezpieczającego** stosuje się odpowiednio do **Ubezpieczonego**. Stronami umowy ubezpieczenia są wyłącznie **Ubezpieczający** oraz **Ubezpieczyciel**. **Ubezpieczony** nie jest stroną niniejszej umowy ubezpieczenia.
8. Na **Ubezpieczającym** spoczywa obowiązek udostępnienia **Ubezpieczonemu** (a w przypadku gdy **Ubezpieczony** jest niepełnoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu) niniejszych OWU, a także wyraźnego poinformowania o obowiązkach **Ubezpieczonego**, o których mowa w niniejszych OWU, przed objęciem **Ubezpieczonego** ochroną ubezpieczeniową.

9. Zbieranie lub przechowywanie danych osobowych w związku z realizacją umowy ubezpieczenia podlega przepisom Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.

## § 2 Definicje

Pojęcia oznaczone pogrubieniem tekstu w niniejszych OWU (inne niż tytuły) posiadają następujące znaczenie.

**Choroba** - oznacza zachorowanie lub schorzenie **Ubezpieczonego**, którego objawy ujawniły się po raz pierwszy w **Okresie Ubezpieczenia** i które w ciągu dwunastu (12) miesięcy od tego ujawnienia spowodowało **Trwałą Całkowitą Niezdolność** albo **Czasową Całkowitą Niezdolność** do pracy, potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim L4 lub decyzją orzecznika ZUS (Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

**Choroba Psychiczna** - oznacza chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99).

**Czasowa Całkowita Niezdolność Ubezpieczonego** do pracy - oznacza taką niezdolność, która całkowicie uniemożliwia **Ubezpieczonemu** prowadzenie działalności zarobkowej (zatrudnienie, bez względu na jego podstawę prawną lub własna działalność gospodarcza) zadeklarowanej we wniosku i potwierdzonej w polisie, trwającą dłużej niż **Okres Karencji** wskazany w polisie.

### **Dochód Roczny**

- dla osób samozatrudnionych, tzn. zatrudnionych we własnym zakresie w ramach własnego przedsiębiorstwa, prowadzących własną działalność gospodarczą lub też zatrudnionych w przedsiębiorstwie należącym do osób trzecich na podstawie umów menadżerskich, umów o świadczenie usług lub innych umów cywilno-prawnych, bądź osób które uzyskują dochody z dowolnej kombinacji powyższych rodzajów działalności, opłacających składki ZUS we własnym zakresie, i dla których składki ZUS podlegają odliczeniu - 75% przychodu (bez VAT) uzyskanego w okresie 12 miesięcy poprzedzających **Okres Karencji**;

- dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w dowolnym podmiocie prowadzącym działalność gospodarczą lub instytucji, który to podmiot lub instytucja opłaca składki ZUS za ubezpieczonych na normalnych zasadach - 80 % dochodu netto w okresie 12 miesięcy poprzedzających **Okres Karencji**.

**Dochód Tygodniowy** - oznacza 1/52 **Dochodu Rocznego** lub przychodu pomniejszonego o wszelkie odliczenia z tytułu podatku dochodowego oraz składek ZUS.

**Dziecko** - oznacza dziecko/ dzieci **Ubezpieczonego** lub jego **Partnera**, własne, adoptowane lub przysposobione, poniżej 19 roku życia (lub w wieku poniżej 23 lat pod warunkiem, że uczy się lub studiuje w systemie dziennym).

**Okres Karencji** - oznacza liczbę kolejnych dni, liczonych od chwili wystąpienia po raz pierwszy **Czasowej Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego** do pracy, a który musi upłynąć zanim świadczenie z tytułu **Czasowej Całkowitej Niezdolności** zacznie być wypłacane. **Okres Karencji** dla **Czasowej Całkowitej Niezdolności** do pracy w wyniku wypadku wynosi 14 kolejnych dni. Okres karencji dla **Czasowej Całkowitej Niezdolności** do pracy w wyniku **Choroby** wynosi 21 kolejnych dni. **Okresy Karencji** są wskazane we wniosku oraz potwierdzone w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

**Okres Odszkodowawczy** - Oznacza liczbę kolejnych tygodni, wskazaną w polisie, dla którego świadczenie z tytułu **Czasowej Całkowitej Niezdolności** jest wypłacane.

**Okres Ubezpieczenia** - oznacza wskazany w polisie okres czasu na jaki niniejsza umowa ubezpieczenia została zawarta.

**Paraliż** - oznacza stałą, całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji jednej lub więcej kończyn.

**Partner** - oznacza legalnie poślubionego małżonka prowadzącego z **Ubezpieczonym** wspólne gospodarstwo domowe lub osobę pozostającą z **Ubezpieczonym** w konkubinacie, która w sposób ciągły prowadziła z **Ubezpieczonym** wspólne gospodarstwo domowe przez ostatnie 6 miesięcy, a związek mimo, że nie zalegalizowany, nosi znamiona małżeństwa.

**Podróż Lotnicza** - oznacza wchodzenie na pokład statku powietrznego lub przebywanie na jego pokładzie w celu odbycia podróży powietrznej, albo opuszczanie go przed lub po takiej podróży (w tym skoki spadochronowe, loty balonem, parolotnią, lotnią i motolotnią, o ile ochrona ubezpieczeniowa została rozszerzona poprzez zapłatę dodatkowej składki za odpowiednie ryzyka aktywnego stylu życia).

**Suma Ubezpieczenia** - oznacza kwotę wyrażoną w złotych (PLN), określoną w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia, stanowiącą podstawę wyliczenia wartości świadczenia wypłacanego w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

**Trwała Całkowita Niezdolność Ubezpieczonego** do pracy - oznacza taką niezdolność potwierdzoną decyzją odpowiedniego lekarza specjalisty, która całkowicie uniemożliwia **Ubezpieczonemu** prowadzenie działalności zarobkowej (zatrudnienie, bez względu na jego podstawę prawną lub własna działalność gospodarcza) zadeklarowanej we wniosku i potwierdzonej w polisie, i która po upływie okresu trwania wynoszącego 12 miesięcy lub krótszego umożliwia **Ubezpieczycielowi** i jego umocowanym przedstawicielom stwierdzenie, że nastąpiła całkowita utrata zdolności do pracy w rozumieniu definicji **Trwałej Całkowitej Niezdolności**, oraz że nie istnieje nadzieja na poprawę.

**Trwałe Inwalidztwo** - oznacza **Uszkodzenie Ciała Ubezpieczonego**, zgodnie z Tabelą Trwałego Inwalidztwa.

**Ubezpieczający** - oznacza osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia i zobowiązaną do opłacania składek.

**Ubezpieczony** - oznacza osobę fizyczną, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia.

**Ubezpieczyciel** - oznacza Syndykat Lloyd's 1861.

**Uposażony** - oznacza osobę lub osoby wskazane pisemnie przez **Ubezpieczonego**, którym przysługuje świadczenie na wypadek śmierci w następstwie wypadku **Ubezpieczonego**.

**Uszkodzenie Ciała** - oznacza rozpoznawalne fizyczne uszkodzenie ciała, które jest spowodowane przez **Wypadek**, oraz wyłącznie i niezależnie od jakiegokolwiek innej przyczyny (za wyjątkiem choroby bezpośrednio spowodowanej przez **Wypadek** lub przez leczenie medyczne lub chirurgiczne takiego uszkodzenia ciała wymuszone przez **Wypadek**) skutkuje śmiercią lub **Trwałym Inwalidztwem** w ciągu dwunastu miesięcy od dnia **Wypadku**.

**Utrata Kończyny** - oznacza całkowitą utratę ręki powyżej nadgarstka lub nogi powyżej kostki oraz całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę funkcji ręki, ramienia lub nogi.

**Wydatki Medyczne** - oznaczają niezbędne wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego** za uprzednią zgodą **Ubezpieczyciela** na: a) protezę kończyny w przypadku **Utraty Kończyny**, maksymalnie do 25.000 PLN w **Okresie ubezpieczenia**, b) rehabilitację/ opiekę pielęgniarską w przypadku **Czasowej** lub **Trwałej Całkowitej Niezdolności** do pracy, maksymalnie do 2.500 PLN w **Okresie Ubezpieczenia** – w obu przypadkach zlecone przez lekarza prowadzącego.

**Wypadek** - oznacza nagłe, niespodziewane zdarzenie mające charakter zewnętrzny w stosunku do **Ubezpieczonego**, które zachodzi w możliwym do zidentyfikowania czasie i miejscu w trakcie **Okresu Ubezpieczenia**.

**Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - oznacza wystąpienie określonego w OWU skutku (następstwa **Wypadków** lub **Chorób**), z którym OWU wiąże obowiązek wypłaty przez **Ubezpieczyciela** świadczenia ubezpieczeniowego (to jest śmierć / trwałe inwalidztwo / całkowita niezdolność do pracy / całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach / czasowa całkowita niezdolność do pracy).

### § 3

#### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

Poziom1: następujące ryzyka, będące konsekwencją **Wypadku** poniesionego przez **Ubezpieczonego**:

- a) **Śmierć Ubezpieczonego** w następstwie **Wypadku**;
- b) **Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego** (zakres ubezpieczenia obejmuje również całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku w obu oczach **Ubezpieczonego** spowodowaną **Chorobą**);
- c) **Trwałą Całkowitą Niezdolność Ubezpieczonego** do pracy;

Poziom 2: niezależnie od Poziomu 1 wybrany zakres ubezpieczenia może obejmować jedno z następujących ryzyk, dodatkowo albo na zasadzie autonomicznej:

- d) **Czasową Całkowitą Niezdolność** w następstwie **Wypadku**.
- e) **Czasową Całkowitą Niezdolność** w następstwie **Wypadku** lub **Choroby**.

Poziom zakresu ubezpieczenia jest wskazany w polisie.

2. W zakresie ryzyk dla Poziomu 1 podpunkt b) i c) oraz Poziomu 2 podpunkt d) i e) **Ubezpieczyciel** pokryje dodatkowo **Wydatki Medyczne** poniesione przez **Ubezpieczonego** do wysokości limitu wskazanego w umowie ubezpieczenia.
3. Za dopłatą dodatkowej składki do ochrony ubezpieczeniowej mogą zostać włączone ryzyka aktywnego stylu życia (patrz § 16) .
4. Za dopłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową może objąć **Dziecko i/ lub Partnera Ubezpieczonego**.
5. **Ubezpieczyciel** obejmuje ochroną ubezpieczeniową **Zdarzenia Ubezpieczeniowe** powstałe w dowolnym miejscu na świecie, w którym w momencie **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** znajdował się **Ubezpieczony**.

### § 4

#### Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku

1. W przypadku śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **Wypadku Ubezpieczyciel** wypłaci **Sumę Ubezpieczenia** określoną w polisie. **Suma Ubezpieczenia** nie może być niższa niż

- 100.000 PLN w przypadku osoby dorosłej oraz 50.000 PLN w przypadku **Dziecka** oraz wyższa niż 5.000.000 PLN w przypadku osoby dorosłej (ale nie więcej niż 10-krotność **Dochodu Roczno Ubezpieczonego**) oraz 100.000 PLN w przypadku **Dziecka**.
- Świadczenie wypłacone będzie wtedy, gdy zostanie stwierdzone, że śmierć **Ubezpieczonego** została spowodowana wyłącznie i bezpośrednio przez **Wypadek** doznany przez **Ubezpieczonego**, przy czym śmierć nastąpi w okresie 12 miesięcy od dnia **Wypadku**.
  - Ochroną ubezpieczeniową jest objęta również śmierć **Ubezpieczonego**, do której doszło w wyniku medycznego lub chirurgicznego leczenia koniecznego ze względu na **Uszkodzenie Ciała**, a które to leczenie miało miejsce w ciągu 12 miesięcy od daty **Wypadku**.
  - Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** w następstwie **Wypadku** również w przypadku zaginięcia **Ubezpieczonego**. Jeśli **Ubezpieczony** nie zostanie odnaleziony w ciągu 12 miesięcy od zaginięcia i wystarczające dowody wskazują na to, że **Uszkodzenie Ciała Ubezpieczonego** spowodowało jego śmierć, **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie **Uposażonemu** z zastrzeżeniem, że osoba lub osoby, którym kwota została wypłacona zobowiązują się pisemnie do zwrócenia tej sumy **Ubezpieczycielowi**, w przypadku gdy **Ubezpieczony** zostanie później odnaleziony żywy.

## § 5

### Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Wypadku

- Jeśli w następstwie **Wypadku** nastąpi **Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego**, wymienione w „Tabeli trwałego inwalidztwa”, **Ubezpieczony** ma prawo do świadczenia z tytułu **Trwałego Inwalidztwa**.
- Świadczenia wypłacane będą na podstawie poniższej „Tabeli trwałego inwalidztwa”, jako odpowiedni procent wskazanej w polisie **Sumy Ubezpieczenia** w odniesieniu do **Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego** w następstwie **Wypadku**, odpowiadającej procentowi **Trwałego Inwalidztwa**, jaki został określony w poniższej tabeli dla danego **Uszkodzenia Ciała**, ale nie więcej niż w wysokości określonej w polisie jako **Suma Ubezpieczenia**. **Suma Ubezpieczenia** nie może być niższa niż 100.000 PLN w przypadku osoby dorosłej oraz 50.000 PLN w przypadku **Dziecka** oraz wyższa niż 5.000.000 PLN w przypadku osoby dorosłej (ale nie więcej niż 10-krotność **Dochodu Roczno Ubezpieczonego**) oraz 200.000 PLN w przypadku **Dziecka**. Procent **Sumy Ubezpieczenia** w odniesieniu do **Trwałego Inwalidztwa** ustala się następująco:

#### TABELA TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Procent **Sumy Ubezpieczenia** w zależności od rodzaju **Uszkodzenia Ciała** lub rozstroju zdrowia doznanego przez **Ubezpieczonego**:

Rodzaj Uszkodzenia Ciała	Wysokość świadczenia jako % Sumy Ubezpieczenia
100% całkowita utrata wzroku w obu oczach	100%
całkowita utrata obu ramion lub obu dłoni	100%
całkowicie nieuleczalna choroba psychiczna	
całkowita głuchota, spowodowana urazem	100%
utrata dolnej szczęki	100%
całkowita utrata mowy	100%

100% całkowita utrata jednego ramienia i jednej nogi		100%
całkowita utrata jednej dłoni i jednej stopy		100%
całkowita utrata jednego ramienia i jednej stopy		
całkowita utrata jednej dłoni i jednej nogi		100%
całkowita utrata obu nóg		100%
całkowita utrata obu stóp		100%
<b>Głowa</b>		
utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości:		
na powierzchni powyżej 6 cm <sup>2</sup>		40%
na powierzchni od 3 do 6 cm <sup>2</sup>		20%
na powierzchni mniejszej niż 3 cm <sup>2</sup>		10%
40% częściowa utrata dolnej szczęki, całej jej wznoszącej się części lub połowy kości szczękowej		40%
całkowita głuchota jednego ucha		30%
całkowita utrata jednego oka		
<b>Kończyny górne</b>	<b>prawa</b>	<b>lewa</b>
utrata jednego ramienia lub jednej dłoni	60%	50%
30% 15% 55% znaczny ubytek tkanki kostnej ramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	50%	40%
usztynwienie łokcia 40%		
usztynwienie ramienia 20%		
całkowite porażenie nerwu pachowego 65%		
całkowity <b>paraliż</b> kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)		
w położeniu korzystnym (90° ± 15°)	25%	20%
30% w położeniu niekorzystnym.	40%	35%
całkowite porażenie nerwu pośrodkowego 40% rozległa utrata tkanki kostnej obu kości przedramienia (uszkodzenie nieuleczalne i ostateczne)	45%	35%



całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%	35%
całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia	30%	25%
całkowite porażenie nerwu promieniowego dłoni	20%	15%
całkowite porażenie nerwu łokciowego	30%	25%
usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i w pronacji)	20%	15%
usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym (zgięcie lub wyprost lub w supinacji)	30%	25%
całkowita utrata kciuka	20%	15%
częściowa utrata kciuka (człon paznokciowy)	10%	5%
całkowite usztywnienie kciuka	20%	15%
całkowita amputacja palca wskazującego	15%	10%
20%jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35%	25%
amputacja dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12%	8%
amputacja kciuka i palca innego niż wskazujący		
amputacja trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20%	15%
amputacja czterech palców łącznie z kciukiem	45%	40%
amputacja czterech palców z wyjątkiem kciuka	40%	35%
amputacja palca środkowego	10%	8%
<b>Kończyny dolne</b>		
amputacja kończyny dolnej powyżej połowy uda		60%
amputacja kończyny dolnej poniżej połowy uda		50%
40%całkowita utrata stopy (amputacja w okolicy piszczelowo-stępowej)		45%
częściowa utrata stopy (amputacja środkowej części stępu)		35%
częściowa utrata stopy (amputacja w stawie skokowym)		
60%częściowa utrata stopy (amputacja w okolicy stępowo-śródstopnej)		30%
pełne porażenie nerwu strzałkowego		



całkowity <b>paraliż</b> dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)	30%	
pełne porażenie nerwu piszczelowego		20%
pełne porażenie nerwu piszczelowego i strzałkowego		40%
usztynwienie stawu biodrowego		40%
usztynwienie stawu kolanowego		20%
ubytek tkanki kostnej kości udowej lub obu kości podudzia (stan nieuleczalny)	60%	
ubytek tkanki kostnej rzepki ze znacznym rozsunieniem fragmentów I utrudnieniem prostowania kolana		40%
30%ubytek tkanki kostnej rzepki z zachowaniem możliwości ruchów		20%
skrócenie kończyny dolnej o 3 do 5 cm.		20%
skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm		
skrócenie kończyny dolnej o 1 do 3 cm		10%
całkowita amputacja wszystkich palców stóp		25%
10%amputacja czterech palców stóp włącznie z dużym palcem		20%
5%całkowita utrata dużego palca		10%
amputacja czterech palców stóp		
usztynwienie dużego palca stopy		5%
amputacja dwóch palców stóp		
usztynwienie czterech palców stóp (z wyjątkiem dużego palca)		5%
<b>Oparzenia</b>		
Poważne oparzenia skutkujące oparzeniem drugiego lub trzeciego stopnia na którymkolwiek z wymienionych poniżej: - 30% lub więcej całkowitej powierzchni ciała lub - 50% lub więcej całkowitej powierzchni twarzy		30%

- Usztynwienie palców dłoni (innych niż kciuk i palec wskazujący) i palców stóp (inne niż duży palec u nogi) uprawniają tylko do 50% świadczenia, które byłoby należne z tytułu utraty wyżej wymienionych członków.
- Wysokość świadczeń z tytułu **Trwałego Inwalidztwa**, niewymienionego w tabeli powyżej, zostanie ustalona poprzez porównanie stopnia tego inwalidztwa do stopnia określonego w

- Tabeli trwałego inwalidztwa, przy czym nie będzie brany pod uwagę zawód wykonywany przez **Ubezpiezonego**.
- Za całkowitą lub częściową stratę funkcji narządu lub kończyny, nie wymienioną w Tabeli trwałego inwalidztwa powyżej, uważa się anatomiczną stratę całkowitą lub częściową takiego narządu lub kończyny.
  - Jeżeli **Ubezpieczony** jest leworęczny i zostało to wskazane we wniosku ubezpieczeniowym, procentowe wysokości świadczeń za wszelkie **Trwałe Inwalidztwa** kończyny górnej lewej i prawej zostaną zamienione.
4. W przypadku jeśli przed wystąpieniem **Wypadku Ubezpieczony** posiadał już **Uszkodzenie Ciała** ujęte w „Tabeli trwałego inwalidztwa” i na skutek **Wypadku** dochodzi do **Uszkodzenia Ciała** w zakresie szerszym niż **Uszkodzenie Ciała**, które poprzednio już występowało, wskazane w tej tabeli procenty dotyczące **Uszkodzenia Ciała** zostaną zmniejszone odpowiednio o procent odnoszący się do **Uszkodzenia Ciała** istniejącego przed tym **Wypadkiem**. Procent **Trwałego Inwalidztwa** ustalany jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji na podstawie orzeczenia lekarskiego, a w przypadku **Paraliżu** nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia, jednak nie później niż po upływie 12 miesięcy od daty **Wypadku**.
  5. W przypadku wystąpienia, w wyniku tego samego **Wypadku**, kilku różnych rodzajów **Trwałego Inwalidztwa**, całkowita wysokość wypłacanego świadczenia równa się iloczynowi **Sumy ubezpieczenia** na wypadek **Trwałego Inwalidztwa** i sumie wskaźników procentowych ustalonych na każdy rodzaj **Trwałego Inwalidztwa** w następstwie tego samego **Wypadku**, przy czym jego łączna wartość nie może przekroczyć 100% **Sumy Ubezpieczenia**.
  6. W przypadku, gdy **Ubezpieczyciel** dokona wypłaty świadczenia z tytułu **Trwałego Inwalidztwa**, a następnie nastąpi śmierć **Ubezpiezonego** będąca następstwem tego **Wypadku**, za którą **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność zgodnie z § 4 (Śmierć **Ubezpiezonego** w następstwie **Wypadku**), **Ubezpieczyciel** wypłaca **Uposażonemu** świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpiezonego** w następstwie **Wypadku** i kwoty świadczenia już wypłaconego **Ubezpieczonemu** z tytułu **Trwałego Inwalidztwa**.
  7. W przypadku, gdy procent **Trwałego Inwalidztwa** nie został ustalony przed śmiercią **Ubezpiezonego** i na skutek tego **Ubezpieczyciel** nie zdążył wypłacić **Ubezpieczonemu** świadczenia z tytułu **Trwałego Inwalidztwa**, **Ubezpieczyciel** wypłaca **Uposażonemu** świadczenie z tytułu śmierci **Ubezpiezonego** w następstwie **Wypadku**.

## § 6

### Trwała Całkowita Niezdolność Ubezpiezonego do pracy

1. W przypadku wystąpienia **Trwałej Całkowitej Niezdolności Ubezpiezonego** do pracy, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Sumę Ubezpieczenia** określoną w polisie w odniesieniu do ryzyka **Trwałej Całkowitej Niezdolności Ubezpiezonego** do pracy. **Suma Ubezpieczenia** nie może być niższa niż 100.000 PLN w przypadku osoby dorosłej oraz 50.000 PLN w przypadku **Dziecka** oraz wyższa niż 5.000.000 PLN w przypadku osoby dorosłej (ale nie więcej niż 10-krotność **Dochodu Roczego Ubezpiezonego**) oraz 200.000 PLN w przypadku **Dziecka**.
2. Świadczenie wypłacone będzie wtedy, gdy zostanie stwierdzone, że **Trwała Całkowita Niezdolność Ubezpiezonego** do pracy została spowodowana wyłącznie i bezpośrednio przez **Wypadek**. Ochroną ubezpieczeniową jest jednak objęta również **Trwała Całkowita Niezdolność Ubezpiezonego** do pracy, spowodowana **Paraliżem**, będącym skutkiem **Choroby**.
3. **Trwała Całkowita Niezdolność Ubezpiezonego** do pracy musi wystąpić w okresie dwunastu miesięcy od daty **Wypadku** bądź od daty zdiagnozowania **Choroby** będącej przyczyną **Paraliżu** będącego przyczyną **Trwałej Całkowitej Niezdolności** do pracy.

## § 7

### Ryzyko trwałej całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach

1. W przypadku trwałej całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach **Ubezpieczonego** w następstwie **Choroby**, **Ubezpieczyciel** wypłaci wskazaną w polisie **Sumę Ubezpieczenia** w odniesieniu do ryzyka **Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego**. **Suma Ubezpieczenia** nie może być niższa niż 100.000 PLN w przypadku osoby dorosłej oraz 50.000 PLN w przypadku **Dziecka** oraz wyższa niż 5.000.000 PLN w przypadku osoby dorosłej (ale nie więcej niż 10-krotność **Dochodu Roczno Ubezpieczonego**) oraz 200.000 PLN w przypadku **Dziecka**.
2. Świadczenie zostanie wypłacone wtedy, gdy zostanie ustalone, że trwała całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach była spowodowana bezpośrednio przez **Chorobę**.
3. Aby świadczenie zostało wypłacone trwała całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach musi wystąpić w okresie dwunastu miesięcy od daty diagnozy **Choroby** będącej przyczyną tej trwałej całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach.

## § 8

### Czasowa Całkowita Niezdolność Ubezpieczonego do pracy

1. W przypadku **Czasowej Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego** do pracy, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** określoną w polisie w odniesieniu do ryzyka **Czasowej Całkowitej Niezdolności** kwotę świadczenia tygodniowego. Wysokość świadczenia nie może być niższa niż 500 PLN oraz wyższa niż 10.000 PLN i przekraczać faktyczną wysokość **Dochodu Tygodniowego Ubezpieczonego**.
2. W zależności od wyboru wariantu zakres ubezpieczenia (jak wskazano w polisie) ochrona ubezpieczeniowa może obejmować ryzyko **Czasowej Całkowitej Niezdolności**:
  - d) która jest wynikiem **Wypadku**;
  - e) która jest wynikiem **Wypadku** lub **Choroby**;przy czym ochrona ubezpieczeniowa może obejmować oba ryzyka wskazane powyżej, jeśli zostały wybrane i wskazane w polisie.
3. Jeżeli **Ubezpieczający** wybrał Poziom 2, podpunkt d) ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie będzie wypłacane tylko wtedy, gdy zostanie ustalone, że **Czasowa Całkowita Niezdolność** została spowodowana wyłącznie i bezpośrednio przez **Wypadek** doznany przez **Ubezpieczonego**.
4. Jeżeli **Ubezpieczający** wybrał Poziom 2, podpunkt e) ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie będzie wypłacane tylko wtedy, gdy zostanie ustalone, że **Czasowa Całkowita Niezdolność** została spowodowana wyłącznie i bezpośrednio przez **Wypadek** doznany przez **Ubezpieczonego** lub przez **Chorobę**.
5. Bez względu na przyczynę **Czasowej Niezdolności (Wypadek lub Choroba)**, świadczenie w odniesieniu może zostać wypłacone tylko z jednego typu niezdolności do pracy w tym samym okresie.
6. Od momentu, w którym upływa **Okres Karencji** świadczenie będzie wypłacane w odstępach tygodniowych przez całą długość trwania **Okresu Odszkodowawczego**. Uprawnienia do świadczeń z tytułu **Czasowej Całkowitej Niezdolności** ustają z chwilą wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
  - a) upływanie **Okresu Odszkodowawczego**,
  - b) śmierć **Ubezpieczonego**,
  - c) **Ubezpieczony** zostaje uznany za zdolnego do powrotu do pracy.
7. Wysokość świadczenia za okres krótszy niż pełny tydzień zostanie obliczona proporcjonalnie do świadczenia tygodniowego określonego w polisie według stawki dziennej w wysokości 1/7 świadczenia tygodniowego.
8. Wszelkie świadczenia wypłacone z tytułu **Czasowej Całkowitej Niezdolności** zostaną odjęte od ustalonej kwoty świadczenia z tytułu **Trwałej Całkowitej Niezdolności**

**Ubezpieczonego** do pracy, które okazałyby się należne z tytułu tego samego **Wypadku** lub tej samej **Choroby**.

## § 9

### Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie uzgodniono inaczej, umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres jednego roku i jest wznawiana w okresach rocznych.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest dokonane w momencie akceptacji przez **Ubezpieczyciela** wniosku przedłożonego przez **Ubezpieczającego** w formie elektronicznej na stronie internetowej, po uprzedniej akceptacji przez **Ubezpieczającego** OWU i Regulaminu. **Ubezpieczający** jest informowany o przyjęciu wniosku ubezpieczeniowego w sposób opisany w Regulaminie.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, umowy ubezpieczenia mogą być zawarte na rachunek osób, które nie osiągnęły wieku 65 lat w dniu rozpoczęcia **Okresu Ubezpieczenia**.
4. W przypadku wznowienia umowy ubezpieczenia (to jest w sytuacji, w której **Okres Ubezpieczenia** w ramach nowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się dnia następnego po ustaniu **Okresu Ubezpieczenia** w ramach poprzedniej umowy), wznawiane umowy ubezpieczenia mogą być zawierane dopóki **Ubezpieczony** nie osiągnie wieku 70 lat. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana do końca rocznego **Okresu Ubezpieczenia**, w którym **Ubezpieczony** ukończy 70 lat.
5. **Ubezpieczyciel** może zwrócić się do **Ubezpieczającego** o dostarczenie **Ubezpieczycielowi** dodatkowych informacji, niezbędnych do oceny ryzyka, wskazanych przez **Ubezpieczyciela**.
6. **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć niniejszą umowę w formie pisemnej, z zachowaniem 30 dniowego terminu wypowiedzenia. **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć umowę z następujących przyczyn:
  - a) zmiana ryzyka skutkująca brakiem możliwości zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej **Ubezpieczającemu**;
  - b) brak współpracy po stronie **Ubezpieczającego** lub brak dostarczenia informacji lub dokumentacji, których dostarczenia zażądał **Ubezpieczyciel**;
  - c) niebezpieczne lub agresywne zachowanie lub użycie gróźb lub obraźliwych sformułowań przez **Ubezpieczającego** wobec przedstawicieli **Ubezpieczyciela** lub pośredników ubezpieczeniowych;
  - d) w razie zgłoszenia fałszywego lub niezgodnego z prawdą roszczenia przez **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub **Uposażonego**, działającego w warunkach winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa.

## §10

### Składka

1. Składkę oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy przede wszystkim od:
  - a) wysokości **Sum Ubezpieczenia**;
  - b) zakresu ubezpieczenia;
  - c) **Okresu Ochrony Ubezpieczeniowej**;
  - d) zawodu wykonywanego przez **Ubezpieczonego**.
3. 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.
4. Składka może być płatna jednorazowo lub w ratach, według wyboru **Ubezpieczającego**. Terminy płatności składki albo raty składki i ich wysokości są określone w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.

5. Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego za zapłatę uważa się datę złożenia zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek **Ubezpieczyciela** lub pośrednika ubezpieczeniowego (brokera lub agenta) pośredniczącego w zawarciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że na rachunku **Ubezpieczającego** były zgromadzone wystarczające środki; w innym przypadku za zapłatę uważa się datę uznania rachunku bankowego **Ubezpieczyciela** lub pośrednika ubezpieczeniowego (brokera lub agenta) pośredniczącego w zawarciu umowy ubezpieczenia.
6. Brak zapłaty kolejnej raty składki nie jest traktowany jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez **Ubezpieczającego**.
7. Jeżeli odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** rozpoczyna się jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, **Ubezpieczyciel** może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. W takim przypadku **Ubezpieczyciel** będzie żądał zapłaty składki za okres udzielanej ochrony. W przypadku braku wypowiedzenia, odpowiedzialność **Ubezpieczyciela** kończy się w ostatnim dniu **Okresu Ubezpieczenia** wskazanym w umowie ubezpieczenia. **Ubezpieczyciel** może żądać zapłaty składki za okres udzielanej ochrony.
8. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki we wskazanym w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia terminie, **Ubezpieczyciel** może wezwać **Ubezpieczającego** do zapłaty wymagalnej raty, z zagrożeniem, że brak zapłaty raty składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania pisma spowoduje ustanie odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**.

#### **§11** **Zwrot składki**

1. W przypadku odstąpienia od niniejszej umowy lub jej wypowiedzenia, **Ubezpieczający** będzie uprawniony do otrzymania zwrotu wpłaconej składki z tym zastrzeżeniem, że zwracana kwota zostanie proporcjonalnie pomniejszona o składkę należną za okres, w którym **Ubezpieczający** był objęty ochroną ubezpieczeniową. Przykładowo, jeżeli **Ubezpieczający** będzie objęty ochroną ubezpieczeniową przez okres 6 miesięcy do dnia złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu, zostanie mu zwrócona kwota składki pomniejszona o 50% wartości składki rocznej.

#### **§12** **Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

1. **Ubezpieczający** zobowiązany jest podać do wiadomości **Ubezpieczyciela**, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, wszystkie znane sobie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym oraz odpowiedzieć na wszystkie pytania skierowane do niego przez **Ubezpieczyciela** przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez **Ubezpieczyciela** umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do niezwłocznego poinformowania **Ubezpieczyciela** lub pośrednika ubezpieczeniowego jeżeli poweźmie wiedzę o tym, że dane przekazane **Ubezpieczycielowi** są niepełne lub uległy zmianie.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w punktach 1 i 2 powyżej 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 punktów 1 - 3 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia punktów 1 - 3 powyżej 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.
5. Po otrzymaniu powiadomienia, o tym, że dane przekazane przez **Ubezpieczającego** są niepełne lub uległy zmianie, o którym mowa w punkcie 2 powyżej, **Ubezpieczyciel** poinformuje **Ubezpieczającego** czy okoliczności te będą miały wpływ na ubezpieczenie. Jeżeli



- w wyniku otrzymania powiadomienia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym ujawnione zostaną okoliczności pociągające za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa **Wypadku**, **Ubezpieczyciel** 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 **Ubezpieczający** może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
6. W razie zajścia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uposażony** (w przypadku śmierci **Ubezpieczonego**) zobowiązany jest niezwłocznie poinformować **Ubezpieczyciela** o tym fakcie - nie później jednak niż w ciągu 14 dni od zajścia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego**, a gdyby zachowanie tego terminu było niemożliwe - w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej powiadomienie w terminie.
  7. W razie naruszenia przez **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego** z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w punkcie 6 powyżej **Ubezpieczyciel** może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło **Ubezpieczycielowi** ustalenie okoliczności i skutków wypadku. 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.
  8. W przypadku **Wypadku** lub **Choroby**, które mogą prowadzić do **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** lub wystąpienia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczony** jest zobowiązany do:
    - a) podjęcia działań w celu złagodzenia skutków zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
    - b) umożliwienia **Ubezpieczycielowi** zasięgnięcie informacji o okolicznościach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad **Ubezpieczonym** sprawowali lub nadal sprawują opiekę po **Wypadku**,
    - c) poddania się na żądanie **Ubezpieczyciela** obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez **Ubezpieczyciela**,
    - d) poddania się, na zlecenie **Ubezpieczyciela**, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego **Uszkodzenia Ciała** lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
    - e) umożliwienia zasięgnięcia przez **Ubezpieczyciela** informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia **Wypadku**,
    - f) dostarczenia dokumentacji lekarskiej i innych dokumentów uzasadniających wysokość roszczenia,
    - g) poinformowania o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia.

### § 13

#### Ustalenie wysokości i wypłata świadczenia

1. Warunkiem wypłaty jakiegokolwiek świadczenia po zajściu **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** jest dostarczenie przez **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczającego** do **Ubezpieczyciela** wszelkich dokumentów i innych dowodów, koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia. Wymagane dokumenty obejmują:
  - a) dokument potwierdzający tożsamość **Ubezpieczonego**;
  - b) opis **Wypadku**;
  - c) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (o ile znajduje się w posiadaniu **Ubezpieczonego** lub **Uposażonego**);
  - d) decyzji organu rentowego, na podstawie której **Ubezpieczony** został uznany za częściowo bądź całkowicie niezdolnego do pracy – o ile taka decyzja została wydana;
  - e) karty leczenia szpitalnego;
  - f) notatki policyjnej z miejsca zdarzenia (w przypadku **Wypadku** komunikacyjnego);
  - g) protokołu BHP (w przypadku **Wypadku** przy pracy);
  - h) aktu zgonu (w przypadku śmierci **Ubezpieczonego**);

- i) dokumentów potwierdzających wysokość dochodów, takich jak dokumenty księgowe czy deklaracje podatkowe.
2. W celu potwierdzenia stanu zdrowia **Ubezpieczonego**, **Ubezpieczyciel** może zażądać od niego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które wykonane zostaną przez lekarza wskazanego przez **Ubezpieczyciela** i na jego koszt.
3. Wysokość świadczeń **Ubezpieczyciel** określa na podstawie dokumentacji medycznej dotyczącej **Ubezpieczonego** i dokumentów potwierdzających wysokość jego dochodów.
4. **Ubezpieczyciel** decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1-3.
5. **Ubezpieczyciel** jest obowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania i akceptacji zawiadomienia o zajściu **Zdarzenia Ubezpieczeniowego**.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie winno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia **Ubezpieczyciel** jest zobowiązany spełnić w terminie przewidzianym w ust. 6.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 6 i 7 **Ubezpieczyciel** nie spełni świadczenia, zawiadomi pismem osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, jak również pouczając o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. **Ubezpieczyciel** udostępni osobom występującym z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez **Ubezpieczyciela** udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez **Ubezpieczyciela**.
9. W razie zajścia **Zdarzenia Ubezpieczeniowego** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty dowodowe powinny zostać dostarczone w języku polskim.
10. Świadczenia wypłacane są przelewem lub przekazem na rachunek bankowy **Ubezpieczonego** lub uprawnionego do świadczenia, znajdujący się w banku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w złotych polskich (PLN).

#### § 14

##### Uprawnieni do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego

1. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci **Ubezpieczonego** w wyniku **Wypadku** przysługuje **Uposażonemu**. Prawo do świadczenia z tytułu innych **Zdarzeń Ubezpieczeniowych** objętych ochroną w ramach zawartej umowy ubezpieczeniowej przysługuje **Ubezpieczonemu**.
2. **Ubezpieczony** może wskazać **Uposażonego** zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. Wskazanie **Uposażonego** przed zawarciem umowy ubezpieczenia odbywa się poprzez wskazanie takiej osoby / osób we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. **Ubezpieczony** ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub dodać nowego **Uposażonego**. Zmiana taka obowiązuje od dnia następnego po otrzymaniu złożonego przez **Ubezpieczonego** pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie przez **Ubezpieczyciela** lub pośrednika ubezpieczeniowego (brokera lub agenta) pośredniczącego w zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. **Ubezpieczony** ma prawo wskazać kilku **Uposażonych** wraz z określeniem procentowego ich udziału w świadczeniu. W sytuacji gdy suma wskazań procentowych **Uposażonych** nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania dokonanego przez **Ubezpieczonego**.
4. Jeżeli **Ubezpieczony** nie wyznaczy **Uposażonego**, **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie rodzinie **Ubezpieczonego** w następującej kolejności: **Partnerowi**; w przypadku braku



- Partnera** – dzieciom; w przypadku braku **Partnera** i dzieci – rodzeństwu; w pozostałych przypadkach – innym ustawowym spadkobiercom.
5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci **Ubezpieczonego**.

### § 15

#### **Zgłaszanie i obsługa roszczeń**

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** lub **Uposażony** jest obowiązany poinformować APRIL Polska Assistance Sp. z o.o. o **Zdarzeniu Ubezpieczeniowym** w terminie wskazanym w § 12 pkt 6. APRIL Polska Assistance Sp. z o.o. powinien zostać poinformowany nawet jeżeli nie ma pewności, czy **Wypadek** lub **Choroba** będzie zakwalifikowany jako **Zdarzenie Ubezpieczeniowe**. Dane kontaktowe APRIL Polska Assistance Sp. z o.o. to:  
APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.  
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa  
kontakt pod numerem telefonu: +48 22 568 98 40.  
adres email: assistance@pl.april.com

### § 16

#### **Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela**

Niniejsza umowa ubezpieczenia nie obejmuje **Zdarzeń Ubezpieczeniowych** spowodowanych bezpośrednio lub pośrednio przez, lub do których przyczyniły się:

1. wojna, niezależnie od tego czy została wypowiedziana, akty wrogości podczas wojny lub wojny domowej;
2. użycie lub groźba użycia w złej wierze chorobotwórczego lub trującego środka chemicznego lub biologicznego przez jakąkolwiek osobę/ osoby, popełnione dla celów politycznych, religijnych, ideologicznych, z zamiarem wpłynięcia na jakikolwiek rząd i/ lub na społeczeństwo lub na jakąś część społeczeństwa, poprzez zastraszenie;
3. reakcja jądrowa, promieniowanie jądrowe lub skażenie radioaktywne;
4. zaangażowanie lub udział **Ubezpieczonego** w służbach formacji sił zbrojnych lub operacjach formacji sił zbrojnych;
5. udział **Ubezpieczonego** w **Podróży Lotniczej** w charakterze innym niż pasażer;
6. samobójstwo, jego usiłowanie lub celowe samookaleczenie **Ubezpieczonego**;
7. choroba weneryczna lub AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), ARC (pokrewne do AIDS), HIV (*human immunodeficiency virus*) jakkolwiek syndrom został nabyty lub został nazwany;
8. celowe narażenie się **Ubezpieczonego** na szczególnie wysokie ryzyko (z wyjątkiem usiłowania ratowania ludzkiego życia)
9. przestępstwo popełnione przez **Ubezpieczonego**
10. zatrucie **Ubezpieczonego** alkoholem lub narkotykami;
11. neuroza, psychoneuroza, psychopatia lub psychoza, lęki, stres, wyczerpanie lub umysłowe lub emocjonalne choroby czy.
12. zespół przewlekłego bólu w tym, lecz nie ograniczając się do przewlekłego lub algodystroficznego zespołu lub fibromialgii (syndrom charakteryzujący się przewlekłym bólem mięśni i tkanek miękkich wokół stawów, zmęczenie i tkliwość w konkretnych miejscach w organizmie).
13. każdy stan, zdiagnozowany czy też nie, w związku z którym **Ubezpieczony** szukał praktycznej porady, specjalistycznego doradztwa, diagnozy lub leczenia, i był świadom o jego istnieniu przed zawarciem ubezpieczenia lub był poddawany leczeniu w związku z tym stanem w ciągu ostatnich 3 lat przed zawarciem umowy ubezpieczenia
14. inwalidztwo będące rezultatem interakcji pomiędzy **Uszkodzeniem Ciała** oraz inny schorzeniem.

## § 17

### Ryzyka aktywnego stylu życia

O ile nie rozszerzono ochrony ubezpieczeniowej za dopłatą dodatkowej składki, to umowa ubezpieczenia nie pokrywa roszczeń w jakikolwiek sposób spowodowanych przez, powiązanych z, będących konsekwencją lub do których przyczyniły się:

1. Eksploracja jaskiń (w tym nurkowanie jaskiniowe),
2. Wspinaczka wysokogórska poza szlakami turystycznymi (w tym z użyciem lin),
3. Kolarstwo grawitacyjne,
4. Kajakarstwo górskie i rafting,
5. Nurkowanie z akwalungiem poniżej trzydziestu metrów głębokości oraz nurkowanie bez akwalungu poniżej dziesięciu metrów głębokości,
6. Żeglarstwo morskie w charakterze członka załogi po wodach międzynarodowych,
7. Jeździectwo - skoki przez przeszkody,
8. Wyścigi konne,
9. Narciarstwo i snowboarding z wykorzystaniem helikoptera,
10. Zjazdy na nartach i snowboardzie poza wyznaczonymi trasami,
11. Akrobacje na nartach i na snowboardzie,
12. Spadochroniarstwo,
13. Lotniarstwo oraz paralotniarstwo (w tym z napędem),
14. Motolotniarstwo,
15. Łowiectwo z użyciem broni palnej,
16. Jazda terenowa na motocyklu lub quadzie.

## § 18

### Właściwość sądowa

1. Wszelkie postępowania sądowe pomiędzy **Ubezpieczającym** a **Ubezpieczycielem** związane z niniejszą umową podlegają wyłącznej jurysdykcji polskich sądów.
2. Niniejsza umowa podlega prawu polskiemu.

## § 19

### Warunki zawieszające

1. Warunkiem zawieszającym dla niniejszej umowy ubezpieczenia jest aby **Ubezpieczony (Ubezpieczeni)** był aktywny zawodowo w dniu rozpoczęcia **Okresu Ubezpieczenia** (lub w pierwszym kolejnym dniu roboczym następującym po tym dniu), co powinno zostać potwierdzone odpowiednim oświadczeniem **Ubezpieczającego**.
2. W przypadku jeżeli aktywność zawodowa **Ubezpieczonego** na początku **okresu ubezpieczenia** doznaje czasowej przeszkody z powodu **Wypadku**, ochrona ubezpieczeniowa obejmie **Ubezpieczonego** po ustaniu tej przeszkody i upływie co najmniej 20 (dwudziestu) kolejnych dni roboczych w trakcie których **Ubezpieczony** pozostawał w stanie aktywności zawodowej, którą to okoliczność **Ubezpieczający** jest zobowiązany potwierdzić odpowiednim oświadczeniem.

## §20

### Procedura reklamacyjna

1. **Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i Uposażonemu** przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania do **Ubezpieczyciela** wystąpienia zawierającego zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez **Ubezpieczyciela**.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce **Ubezpieczyciela** obsługującej klienta, w tym agentowi - iExpert.pl S.A., Al. Jerozolimskie 99, 02-001 Warszawa. Złożenie reklamacji agentowi – iExpert S.A. jest równoznaczne ze złożeniem reklamacji u **Ubezpieczyciela**.
3. Reklamacja może być złożona w formie:

- a) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe;
  - b) ustnej – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w pkt 1, w jednostce, o której mowa w pkt 2.; w formie elektronicznej na adres e-mail: [reklamacje@iexpert.pl](mailto:reklamacje@iexpert.pl)
4. **Ubezpieczyciel** rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem pkt 5.
  5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w pkt 4, **Ubezpieczyciel** przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
    - a) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
    - b) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
    - c) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
  6. Odpowiedź **Ubezpieczyciela** na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych. Na wniosek osoby, która złożyła reklamację, odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną.

## § 21

### Postanowienia końcowe

1. Żadna osoba nie będąca stroną umowy ubezpieczenia lub osobą uprawnioną do świadczenia nie może powoływać się na postanowienia umowy ubezpieczenia, chyba że co innego wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów właściwego prawa.
2. **Ubezpieczyciel** dokłada wszelkich starań, aby zagwarantować **Ubezpieczonemu** najwyższy standard obsługi. W przypadku ewentualnych odwołań, skarg lub zażaleń, niezależnie od przysługującego **Ubezpieczonemu** prawa do wystąpienia na drogę sądową lub prawa do wszczęcia procedury reklamacyjnej, uwagi można również kierować pisemnie do Zarządu iExpert.pl SA, Al. Jerozolimskie 99, 02-001 Warszawa.

### Ograniczenia z tytułu sankcji handlowych

**Ubezpieczyciele** nie ponoszą odpowiedzialności za zapewnienie ubezpieczenia na podstawie niniejszej umowy ubezpieczenia ani za zapłatę roszczeń, jeżeli mogłoby to naruszyć obowiązujące sankcje, zakazy lub ograniczenia ustanowione na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcje handlowe lub gospodarcze, prawa lub regulacje Unii Europejskiej.

### Odpowiedzialność Ubezpieczyciela

Ubezpieczenie to jest gwarantowane w 100% przez syndykat Lloyd's, a każdy z członków syndykatu (a nie sam syndykat) jest **Ubezpieczycielem**. Każdy członek gwarantuje część całkowitej odpowiedzialności syndykatu, która jest sumą udziałów w odpowiedzialności gwarantowanych przez wszystkich członków syndykatu razem wziętych. Członek ponosi odpowiedzialność tylko za swój udział i nie odpowiada solidarnie za udział któregośkolwiek innego członka. Adresem miejsca prowadzenia działalności każdego członka syndykatu jest: Lloyd's, 1 Lime Street, Londyn EC3M 7HA. Tożsamość poszczególnych członków syndykatu i wysokości ich udziałów w odpowiedzialności można uzyskać pisząc do Departamentu Market Services w Lloyd's, na powyższy adres.

### Odszkodowanie

**Ubezpieczyciele** Lloyd's są objęci Programem Rekompensat Usług Finansowych (Financial Services Compensation Scheme). Jeżeli dany Ubezpieczyciel Lloyd's nie jest w stanie wywiązać się ze swoich zobowiązań na podstawie niniejszego ubezpieczenia, osoba uprawniona może uzyskać odszkodowanie na podstawie Programu. Poziom i zakres odszkodowania w ramach Programu zależy od charakteru ubezpieczenia. Dalsze informacje na temat Programu można uzyskać od Financial Services Compensation Scheme (10 piętro, Beaufort House, 15 St. Botolph Street, Londyn EC3A 7QU) oraz na stronie internetowej: [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk).