

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA "UTRATA DOCHODU"

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane także dalej "OWU") mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych pomiędzy Kiln Group a Ubezpieczającym i stanowią ich integralną część.

ROZDZIAŁ I - DEFINICJE

Nadane poniższym terminom znaczenia, o ile nie zaznaczono inaczej, mają zastosowanie do OWU oraz także do pozostałych dokumentów związanych z zawarciem lub wykonaniem niniejszej Umowy ubezpieczenia:

Akt Przemocy lub **Gwałtu**, o którym mowa w punkcie dotyczącym Wyłączeń, oznacza każdą czynność przeciwko osobom, organizacjom lub wszelkiego rodzaju własności, których dotyczy jedna albo obydwie z poniższych okoliczności:

- a) Skutkiem ma być wymuszenie lub zastraszenie organów władzy lub ludności cywilnej bądź którejkolwiek z ich części lub też zakłócenie funkcjonowania sektora gospodarki; lub
- b) wynika, że intencją ma być wymuszenie lub zastraszenie organów władzy w celu wywarcia nacisku na realizację celów politycznych, ideologicznych, religijnych, społecznych lub ekonomicznych bądź wyrażenie (lub wyrażenie sprzeciwu wobec) poglądów filozoficznych lub ideologicznych.

Całkowita Niezdolność do Pracy lub **Całkowicie Niezdolny do Pracy** oznacza, że Lekarz orzekł, że Ubezpieczony, wyłącznie i bezpośrednio w wyniku Uszkodzenia Ciała lub Choroby, jest całkowicie i nieprzerwanie niezdolny do wykonywania Zawodu, o którym mowa w Cedule.

Choroba oznacza zachorowanie lub schorzenie, które ujawnia się w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Choroba Psychiczna lub **Rozstrój Nerwowy** oznacza nerwicę, psychonerwicę, psychopatię lub psychozę, umysłową lub nerwową lub emocjonalną chorobę bądź rozstrój zdrowia. Termin ten obejmuje, między innymi, niewydolność spowodowaną ukrytym schorzeniem organicznym, jeśli symptomy takiej niewydolności powodują głównie zaburzenie czynności umysłowych, takich, jakie mogą wystąpić w przypadku schizofrenii, dwubiegunowego zaburzenia osobowości lub autyzmu.

Lekarz oznacza osobę uprawnioną do wykonywania zawodu lekarza (specjalizującą się w leczeniu tego rodzaju uszkodzeń ciała lub chorób, które wywołały Niezdolność) świadczącą usługi bądź prowadzącą leczenie w zakresie udzielonych jej uprawnień, która nie jest w żaden sposób spokrewniona z Ubezpieczonym.

Łączna Górna Granica Odpowiedzialności oznacza łączną kwotę wszystkich świadczeń, o których mowa w Cedule, płatnych na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczenia, niezależnie od ilości poniesionych szkód.

Maksymalny Okres Wypłaty Świadczeń oznacza maksymalny okres, o którym mowa w Cedule, w czasie trwania którego świadczenia z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy są płatne za każdą niezdolność.

Okres Ochrony Ubezpieczeniowej oznacza okres pomiędzy Datą Rozpoczęcia i Datą Wygaśnięcia, o których mowa w Cedule.

Okres Wyłączenia Wypłaty Świadczeń oznacza ciągły i nieprzerwany okres, o którym mowa w Cedule, w czasie trwania którego Ubezpieczony musi być Całkowicie Niezdolny do Pracy wskutek tego samego Uszkodzenia Ciała lub Choroby i w czasie trwania którego nie jest wypłacane świadczenie. Odrębny Okres Wyłączenia Wypłaty Świadczenia obowiązuje w przypadku wystąpienia każdej nowej niezdolności do pracy.

Pod Wpływem Alkoholu lub **Upojenie Alkoholowe** oznacza stan upojenia alkoholowego lub zawartość alkoholu we krwi na poziomie równym lub większym niż dozwolony przepisami prawa dotyczącymi osób kierujących pojazdami mechanicznymi lub przepisami prawa karnego obowiązującymi na terytorium Państwa, w którym niniejsza umowa została zawarta.

Umowa Ubezpieczenia oznacza niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Cedułę oraz każdy Załącznik, który dotyczy objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Przedsiębiorca oznacza osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie będącą osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która we własnym imieniu prowadzi działalność gospodarczą lub zawodową.

Składka ubezpieczeniowa oznacza kwotę wskazaną w Cedule, opłacaną przez Ubezpieczającego. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest w oparciu o zintegrowane koszty ryzyk ubezpieczeniowych z tytułu których udzielona jest Ochrona ubezpieczeniowa. Wysokość składki jest uzależniona od wybranej przez Ubezpieczonego opcji ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczający oznacza osobę wskazaną w Cedule, która jest obowiązana do opłacenia Składki ubezpieczeniowej.

Ubezpieczony oznacza osobę fizyczną wskazaną w Cedule, która została objęta ochroną na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczenia.

Uszkodzenie Ciała oznacza uszkodzenie ciała wskutek Wypadku, które jest niezależne od Choroby bądź innej przyczyny, doznane po raz pierwszy przez Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej.

Wypadek lub wskutek **Wypadku** oznacza nagle i niespodziewane zdarzenie, które wystąpiło przypadkowo, którego przyczyna jest niezależna od Ubezpieczonego, które jest niezależne od Choroby lub zachorowania i które stanowi bezpośrednią przyczynę szkody.

Zawód Ubezpieczonego oznacza zawód, o którym mowa w Cedule.

Towarzystwo lub **Ubezpieczyciel** oznacza RJ Kiln and Co. Limited, którego adres został wskazany w Cedule.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Uposażony zostali wskazani w Cedule.

ROZDZIAŁ II – ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Proporcjonalne Świadczenie Dienne

Świadczenia za okres krótszy niż jeden pełny miesiąc będą ustalane proporcjonalnie i będą płatne według stawki dziennej w wysokości 1/30 świadczenia miesięcznego.

Równoczesne stany Niezdolności do Pracy

Całkowita Niezdolność do Pracy będąca skutkiem:

- a) więcej niż jednej Choroby, lub
- b) więcej niż jednego Uszkodzenia Ciała, lub
- c) zarówno Choroby jak i Uszkodzenia Ciała;

zostanie uznana za tę samą niezdolność, tak jak gdyby Całkowita Niezdolność do Pracy wynikała tylko z jednej przyczyny.

Wygaśnięcie

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego ostatecznie wygasa z dniem wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- a) W dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela, co może nastąpić jedynie w sytuacjach przewidzianych przez polskie prawo regulujące umowę ubezpieczenia, mianowicie z powodu nie opłacenia składki i także z powodu nie ujawnienia istotnych informacji wpływających na ryzyko ubezpieczeniowe o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w innych pismach lub z powodu wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela, co do określonych warunków tego ryzyka, tego rodzaju, że gdyby były one znane Ubezpieczycielowi, spowodowałyby, że Ubezpieczyciel odmówiłby objęcia takiego ryzyka ochroną;

- b) W dniu odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego - w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, lub - w ciągu 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający jest Przedsiębiorcą.
- c) W dniu, w którym Składka ubezpieczeniowa została po raz ostatni opłacona; lub
- d) W dniu zmiany Zawodu Ubezpieczonego, który został wskazany w Cedule.

W takim przypadku Towarzystwo zwróci proporcjonalnie rozliczoną kwotę składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

- e) W Dacie Wygaśnięcia wskazanej w Cedule.

Wyłączenia

Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z niniejszej Umowy ubezpieczenia nie obejmuje szkód bezpośrednio lub pośrednio wynikających z jednego z poniższych zdarzeń lub spowodowanych takim zdarzeniem bądź też na wystąpienie których jedno z poniższych zdarzeń miało wpływ:

1. umyślne akty samookaleczenia;
2. samobójstwo popełnione przez osobę zdrową lub chorą psychicznie; usiłowanie popełnienia samobójstwa przez osobę zdrową lub chorą psychicznie;
3. wojna wypowiedziana bądź niewypowiedziana, najazd, działania wroga zewnętrznego, wojna domowa, bunt, rewolucja, powstanie, bezprawne przejęcie władzy państwowej lub wprowadzenie władzy wojskowej, lub udział Ubezpieczonego w zamieszkach. Wojna wypowiedziana lub niewypowiedziana nie obejmuje aktów terroryzmu;

Termin "Wojna" oznacza:

- a) działania wojenne w następstwie wypowiedzenia Wojny przez organy władzy państwowej;
- b) w przypadku nie wypowiedzenia Wojny, zbrojne, otwarte i ciągłe działania wojenne pomiędzy dwoma państwami.

4. zdarzenie powstałe w chwili, gdy Ubezpieczony znajduje się w samolocie lub wchodzi na jego pokład bądź z niego schodzi.
 - a) W zakresie wykonywania czynności pilota lub członka załogi*, instruktora lotnictwa lub ucznia pilota;
 - b) Podczas wykonywania czynności związanych z ochroną przeciwpożarową, inspekcją rurociągów lub sieci energetycznych, wykonywaniem zdjęć lotniczych lub prowadzeniem prac badawczych.

**Niniejsze wyłączenie nie ma zastosowania do pasażerów, którzy tymczasowo wykonują czynności pilota lub załogi w sytuacjach zagrażających życiu ludzkiemu.*

5. popełnienie lub usiłowanie popełnienia czynu przestępczego, o którym mowa w przepisach prawa obowiązujących w państwie, w którym czyn został popełniony i którego popełnienie skutkuje wydaniem w stosunku do Ubezpieczonego wyroku skazującego;
6. pozostawanie przez Ubezpieczonego pod Wpływem Alkoholu, zgodnie z definicją, lub pod wpływem środków odurzających lub narkotyków lub innych substancji o podobnym działaniu, które nie są legalnie dostępne, chyba że zostały przepisane przez uprawnionego Lekarza w celu leczenia dolegliwości innej niż uzależnienie od takich środków;
7. Choroba Psychiczna lub Rozstrój Nerwowy Ubezpieczonego, uraz psychiczny, choroba umysłowa lub każdego rodzaju rozstrój psychiczny;
8. każda działalność lub warunek, które zostały wskazane i wyłączone w Rozszerzeniu(-ach) Zakresu Szczególnych Wyłączeń załączonym(-ych) do niniejszej Umowy Ubezpieczenia i stanowiącego(-ych) jej część;
9. jazda konna lub prowadzenie pojazdu we wszelkiego rodzaju wyścigach z udziałem pojazdów mechanicznych;

10. uprawianie wszelkiego rodzaju sportów ekstremalnych (wysokiego ryzyka), w tym w szczególności:

sportów powietrznych:	sportów lądowych:	sportów wodnych:
1. BASE jumping,	10. bouldering (wspinaczka bez asekuracji)	29. narciarstwo wodne na bosych stopach (barefoot water skiing)
2. skoki na bungee,	11. rajdy przygodowe (ekstremalne)	30. skoki do wody ze skał (cliff diving),
3. szybownictwo,	12. jazda wyczynowa na rolkach,	31. nurkowanie bez akwalungu na zatrzymanym oddechu (free-diving),
4. lotniarstwo,	13. BMX,	32. nurkowanie na dużych głębokościach (deep water diving)
5. chodzenie po linie,	14. wędrówki po jaskiniach, grotach,	33. ekstremalna jazda na skuterze wodnym,
6. skoki narciarskie,	15. motocross ekstremalny,	34. pływanie na otwartym morzu (ponad 200 m od brzegu,
7. skoki spadochronowe,	16. jazda ekstremalna na nartach,	35. wyścigi łodziami (powerboat racing),
8. sky surfing,	17. jazda freestyle na nartach,	36. wyścigi jachtami dookoła świata,
9. sky flying.	18. żeglowanie po łodzi i na lodzie,	37. nurkowanie z akwalungiem (przekraczające głębokość 30m),
	19. ekstremalne kolarstwo górskie,	38. żeglarstwo szybkie (speed sailing),
	20. mountain boarding, (jazda na desce)	39. surfing,
	21. wspinaczka,	40. wakeboarding,
	22. jazda na desce po piasku (sand boarding,	41. kajakarstwo górskie,
	23. jazda na deskorolce,	42. ekstremalny windsurfing.
	24. ekstremalny snowboarding,	
	25. ekstremalna jazda skuterem śnieżnym,	
	26. speed biking	
	27. speed skiing	
	28. scootering oraz street luge	

- sporty ekstremalne to w odróżnieniu od innych sportów, sporty o bardziej ryzykownym charakterze i do których uprawiania niezbędna jest specjalna wiedza.

11. służba Ubezpieczonego w marynarce, wojsku lub siłach powietrznych bądź udział w operacjach tych wojsk;
12. naturalna śmierć Ubezpieczonego;
13. Akt Przemocy lub Gwałtu, zdefiniowany wyżej, którego popełnienie było związane z zastosowaniem, uwolnieniem lub wyciekami substancji patogenetycznych, trujących materiałów biologicznych bądź chemicznych lub materiałów radioaktywnych, bądź z bezpośrednią lub pośrednią reakcją nuklearną, promieniowaniem lub skażeniem radioaktywnym;
14. promieniowanie jonizujące lub skażenie radioaktywne pochodzące z paliwa nuklearnego lub odpadów nuklearnych powstałych w rezultacie spalania paliwa nuklearnego; radioaktywne, toksyczne, wybuchowe lub inne niebezpieczne właściwości wybuchowego urządzenia nuklearnego lub ich elementu nuklearnego;
15. chroniczny lub nawracający stan fizyczny lub umysłowy Ubezpieczonego, który został rozpoznany lub leczony przez Lekarza w okresie ostatnich 24 miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ III – ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Czasowa Całkowita Niezdolność do Pracy oznacza całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej w Zawodzie Ubezpieczonego, o którym mowa w Cedule.

Towarzystwo wypłaci Świadczenie Miesięczne z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy w wysokości wskazanej w Cedule, jednakże w żadnym wypadku nie większe niż 80% średniego (miesięcznego) dochodu Netto uzyskanego w okresie wcześniejszych 24 miesięcy, począwszy od zakończenia Okresu Wyłączenia Wypłaty Świadczeń. Towarzystwo wypłaci powyższe Świadczenie, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest Czasowo Całkowicie Niezdolny do Pracy, a niezdolność ta rozpoczęła się w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i istnieje nieprzerwanie przez cały Okres Wyłączenia Wypłaty Świadczeń, a Ubezpieczony pozostaje pod regularną opieką Lekarza będąc właściwie leczonym na dolegliwość powodującą Całkowitą Niezdolność do Pracy przez cały okres trwania Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

Świadczenie z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy zostanie wypłacone zgodnie z poniższą skalą wypłat mającą zastosowanie do świadczeń wypłacanych miesięcznie lub za każdy dzień w sposób następujący:

1. do 6 miesięcy włącznie, w tym okres wyłączenia wypłaty świadczeń - 100% Świadczenia Miesięcznego (określonego w Cedule)
2. od 6 miesięcy i 1 dnia do 12 miesięcy włącznie – 90% Świadczenia Miesięcznego
3. od 12 miesięcy i 1 dnia do 24 miesięcy włącznie – 80% Świadczenia Miesięcznego
4. od 24 miesięcy i 1 dnia do 36 miesięcy włącznie - 70% Świadczenia Miesięcznego

(dla celów obliczenia okresów wypłaty świadczeń, przyjmuje się, że okres jednego roku zostaje podzielony na 12 części składających się z 30 dni każda).

Świadczenie z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy będzie wypłacane do chwili gdy:

1. Ubezpieczony przestanie być Całkowicie Niezdolny do Pracy; lub
2. zostanie wyczerpana kwota z tytułu Łącznej Górnej Granicy Odpowiedzialności; lub
3. upłynie Maksymalny Okres Wypłaty Świadczeń z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy; lub
4. Ubezpieczony przestanie być pod regularną opieką Lekarza; lub
5. nastąpi zgon Ubezpieczonego,

w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej.

Nowa Niezdolność do Pracy

Jeśli po upływie okresu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy, za którą zostały wypłacone świadczenia, Ubezpieczony wykonuje wszystkie stałe obowiązki w ramach Zawodu Ubezpieczonego przez okres 180 dni łącznie (co nie musi oznaczać kolejno), i ma to miejsce w ciągu 2 (dwóch) lat od upływu okresu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy, każda Czasowa Całkowita Niezdolność do Pracy, która nastąpi po tym okresie, zostanie uznana za nową niezdolność.

Jeśli jednak Ubezpieczony nie wykonywał wszystkich normalnych obowiązków w ramach Zawodu Ubezpieczonego przez okres przynajmniej 180 dni łącznie, dla celów ustalenia Maksymalnego Okresu Wypłaty Świadczeń kolejna Czasowa Całkowita Niezdolność do Pracy zostanie uznana za część wcześniejszej Całkowitej Niezdolności do Pracy, za którą wypłacono świadczenia i nowy Okres Wyłączenia Wypłaty Świadczeń nie będzie konieczny, chyba że nowa

niezdolność do pracy będzie skutkiem przyczyny odrębnej, osobnej i niezależnej od przyczyny wystąpienia wcześniejszej Całkowitej Niezdolności do Pracy, w którym to przypadku będzie miał zastosowanie nowy Okres Wyłączenia Wyплаты Świadczeń.

ROZDZIAŁ IV - ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Towarzystwo wypłaci Świadczenie z tytułu Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy, o którym mowa w Cedule, jeśli Ubezpieczony:

1. jest Całkowicie Niezdolny do Pracy, przy czym niezdolność ta rozpoczyna się w Okresie Ochrony Ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez cały Okres Wyłączenia Wyплаты Świadczeń; oraz
2. spełnił warunki związane z Okresem Wyłączenia Wyплаты Świadczeń; oraz
3. przez cały czas trwania Całkowitej Niezdolności do Pracy pozostaje pod regularną opieką Lekarza; oraz
4. żyje w dniu, w którym kwota Świadczenia z tytułu Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy stanie się należna do wypłaty; oraz
5. Pozostaje Całkowicie Niezdolny do Pracy, która to niezdolność zostanie orzeczona przez Lekarza, jako ciągła, o niemożliwym do zdefiniowania okresie trwania i zgodnie z obecną wiedzą medyczną nie rokująca możliwości odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy w Zawodzie Ubezpieczonego, który został wskazany w Cedule.

Kwota Świadczenia z tytułu Całkowitej Niezdolności do Pracy stanie się płatna w chwili spełnienia wszystkich wymagań, o których mowa w punktach 1., 2., 3., 4. i 5.

Maksymalna Kwota Świadczenia wynosi pięciokrotność rocznego dochodu netto, obliczanego na podstawie średniego dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat kalendarzowych przed datą zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

Kwota Świadczenia z tytułu Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy jest wypłacana dodatkowo obok kwoty Świadczenia z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

Jeśli po wypłacie Świadczenia z tytułu Czasowej Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczony będzie Trwale Całkowicie Niezdolny do Pracy, Ubezpieczony będzie uprawniony do otrzymania wypłat za Świadczenia z tytułu Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

ROZDZIAŁ V – ŚMIERĆ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Świadczenie z tytułu śmierci w wysokości określonej w Cedule, zostanie wypłacone, jeśli zgon nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty Wypadku, nawet, jeśli zgon nastąpi po wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, jednakże Wypadek musi nastąpić w okresie trwania Umowy ubezpieczenia.

Powyższe Świadczenie zostanie wypłacone wskazanym uposażonym, a przypadku braku wskazania uposażonych, w równych częściach prawnym spadkobiercom Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku przyznane w niniejszym Rozdziale, nie będzie wypłacane jako dodatkowe w stosunku do Świadczenia należnego z tytułu Trwałej Niezdolności do Pracy, chyba że Ubezpieczony umrze w ciągu 12 miesięcy od daty tego samego Wypadku, który wywołał Trwałą Całkowitą Niezdolność do Pracy i o ile Świadczenie z tytułu śmierci będzie wyższe niż Świadczenie wypłacone już z tytułu Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

Maksymalne Świadczenie z tytułu Śmierci na wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wynosi pięciokrotność rocznego dochodu netto obliczanego na podstawie średniego dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat kalendarzowych przed datą zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

W takim wypadku, uposażeni będą uprawnieni do otrzymania różnicy pomiędzy Świadczeniem z tytułu Śmierci, a kwotą już wypłaconą za Trwałą Całkowitą Niezdolność do Pracy. Prawni spadkobiercy Ubezpieczonego nie są uprawnieni do żadnych wypłat.

ROZDZIAŁ VI – POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Całość Umowy; Zmiany:

Treść Umowy ubezpieczenia zawarta jest we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (OWU), Cedule oraz w załącznikach do OWU i Cedule oraz w innych dokumentach związanych z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia, jeżeli zostały do niej załączone.

Wszelkie zmiany do Umowy ubezpieczenia muszą być zatwierdzone na piśmie przez należycie upoważnionego przedstawiciela Towarzystwa. Żaden agent nie jest uprawniony do zmiany niniejszej Umowy ubezpieczenia ani zrezygnowania z któregokolwiek z jej postanowień.

Płatność Składek:

Składki są płatne z góry z chwilą zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Towarzystwo będzie uprawnione do potrącenia części niezapłaconej składki od kwoty świadczenia należnego z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczającego, będącego jednocześnie uposażonym z niniejszej Umowy ubezpieczenia.

Okres Karencji:

Każda składka jest płatna w terminie jej zapłaty. Składka jest płatna w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Nie uiszczenie składki w terminie jej płatności (lub w Okresie Karencji, jeśli jest przyznany tzn., jeżeli składka nie jest zapłacona przed upływem Okresu Karencji) jest traktowane jako niedokonanie zapłaty składki.

Brak zapłaty składki przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem niniejszej Umowy Ubezpieczenia i wszelkiej ochrony ubezpieczeniowej z niej wynikającej. W takim przypadku, Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o natychmiastowym wygaśnięciu ochrony i wezwie do zapłaty składki należnej za okres, przez jaki była udzielana ochrona ubezpieczeniowa. .

Za zgodą obu Stron Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może przyznać Okres karencji trwający maksymalnie 31 (trzydzieści jeden) dni. Długość okresu karencji (liczba dni) oraz/lub odpowiedni termin jego upływu zostanie wskazany w Cedule. W okresie karencji Umowa ubezpieczenia nadal pozostaje w mocy. Okres karencji nie przedłuża okresu ochrony ubezpieczeniowej poza Datę Wygaśnięcia.

Zawiadomienie o Roszczeniu:

Zgłoszenie roszczenia do Towarzystwu powinno nastąpić tak szybko jak będzie to w uzasadniony sposób możliwe. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o roszczeniu objętego niniejszą Umową ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zawiadomi Ubezpieczającego oraz/lub Ubezpieczonego o otrzymaniu zgłoszenia oraz rozpocznie procedurę likwidacji szkody w celu ustalenia statusu roszczenia, jego zasadności oraz potencjalnej wysokości odszkodowania przysługującego Ubezpieczonemu lub uposażonym.

Formularze Zgłaszania Roszczeń:

W terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia, objętego niniejszą Umową ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dostarczy (za pomocą poczty lub poczty elektronicznej) Ubezpieczającemu oraz/lub Ubezpieczonemu lub uposażonym z niniejszej Umowy ubezpieczenia odpowiednie formularze szkodowe oraz zawiadomi ich (na piśmie lub elektronicznie), jakie dodatkowe dokumenty są niezbędne do ustalenia odszkodowania.

Dowód Poniesienia Szkody:

Pisemny dowód poniesienia szkody, przygotowany w formie odpowiednich formularzy szkodowych oraz załączonych do nich dokumentów, zgodnie z wymaganiami określonymi w zawiadomieniu od Ubezpieczyciela (o którym mowa w punkcie wyżej) powinien zostać dostarczony Towarzystwu tak szybko od wystąpienia szkody jak będzie to w uzasadniony sposób możliwe.

W żadnym wypadku roszczenie przeciwko Ubezpieczycielowi nie może być zgłoszone po upływie okresu przedawnienia, który wynosi 3 (trzy) lata od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne. Bieg okresu przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego Umową ubezpieczenia. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie Ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

Terminy Płatności Świadczeń:

Ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia od Ubezpieczonego lub uposażonego.

Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie zgłaszającego roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jego/jej roszczenia w całości lub w części; w takim przypadku, odszkodowanie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel jest obowiązany wypłacić w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.

Jeżeli odszkodowanie Ubezpieczonemu lub uposażonemu nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie zgłaszającego roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania. Informacja od Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić osobom występującym z roszczeniem (Ubezpieczonemu lub uposażonemu) informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Występujący z roszczeniem mogą przeglądać stosowne akta szkodowe w siedzibie Ubezpieczyciela (lub innym miejscu według informacji Ubezpieczyciela) oraz sporządzać na swój koszt kserokopie, duplikaty i fotokopie zawartych w nich dokumentów.

Sposób udostępniania informacji i dokumentów, zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych informacji, a także zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem nie może wiązać się z utrudnieniami lub wymogami w stosunku do Ubezpieczonych lub uposażonych, niestandardowymi w stosunku do normalnych procedur operacyjnych Ubezpieczyciela, zaś koszty sporządzenia kserokopii ponoszone przez te osoby nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

Wszelkie świadczenia, które mogą przysługiwać na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczenia, zostaną wypłacone Uposażonemu zgodnie z treścią Cedyfy.

Badania i Autopsja:

W okresie rozpatrywania roszczenia, Towarzystwo jest uprawnione do poddania, na swój koszt, Ubezpieczonego badaniom tak często jak będzie to konieczne w celu potwierdzenia zasadności roszczenia. Towarzystwo może również zlecić przeprowadzenie sekcji zwłok, o ile nie będzie ona zabroniona przepisami prawa. Badania medyczne oraz sekcja zwłok Ubezpieczonego mogą zostać przeprowadzone jedynie na podstawie uprzedniej pisemnej zgody Ubezpieczonego.

Zgodność z Prawem Krajowym i Europejskim:

Każde postanowienie niniejszej Umowy ubezpieczenia, które w dacie jej zawarcia będzie sprzeczne z prawem polskim lub prawem Unii Europejskiej, w którym została zawarta, zostanie zmienione w taki sposób, aby było z nimi zgodne.

Odpowiedzialność Ubezpieczonego za fałszywe oświadczenia/niekompletne informacje:

Ubezpieczony obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z powodu naruszenia przez Ubezpieczonego powyższego obowiązku informacyjnego, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do powyższego naruszenia doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że szkoda przewidziana w niniejszej Umowie ubezpieczenia oraz jej następstwa są skutkiem okoliczności, których Ubezpieczony nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela.

W razie, gdy świadome wprowadzenie Ubezpieczyciela w błąd przez Ubezpieczonego przyczyni się do powstania szkody, Ubezpieczyciel może rozważyć odpowiednie zmniejszenie świadczenia lub nie spełnić swych obowiązków wynikających z Umowy ubezpieczenia.

Warunki do Uznania Niezdolności do Pracy:

Jeśli po upływie Okresu Wyłączenia Płatności Świadczeń Lekarz stwierdzi Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, o której mowa w powyższych zapisach o Świadczeniach, przyjmuje się, że Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania swojego Ubezpieczonego Zawodu. Towarzystwo będzie jednak miało prawo do zakwestionowania orzeczenia Całkowitej Niezdolności do Pracy przez Lekarza wybranego przez Ubezpieczonego lub uposażonego, włącznie z przyczyną i okresem trwania takiej Całkowitej Niezdolności do Pracy.

Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uposażonego lub uprawnionego z niniejszej Umowy ubezpieczenia. Prawo do wytoczenia powództwa przed sąd nie jest uzależnione od skorzystania z możliwości rozwiązania sporu opisanej poniżej.

Arbitraż:

W sytuacji sporu pomiędzy zgłaszającym roszczenie (Ubezpieczonym, Ubezpieczającym lub uposażonym z niniejszej Umowy ubezpieczenia) a Ubezpieczycielem, co do zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, ustalenia istnienia i rozmiarów szkody oraz wysokości odszkodowania przysługującego za tę szkodę, strony mogą w pierwszej kolejności poddać zaistniały spór do rozwiązania w drodze arbitrażu, na zasadach opisanych poniżej:

1. Spór poddany arbitrażowi będzie rozstrzygany w drodze decyzji medycznej komisji arbitrażowej, utworzonej na potrzeby rozwiązania danej sprawy. W skład komisji będzie wchodzić 3 arbitrow:
 - a) Lekarz reprezentujący zgłaszającego roszczenie;
 - b) lekarz medycyny o specjalizacji odpowiedniej dla danej sprawy, powołany przez Ubezpieczyciela;
 - c) niezależny arbiter, powołany wspólnie przez strony z listy lekarzy (specjalistów od schorzenia będącego przedmiotem sporu) Izby Lekarskiej w Warszawie.
2. Decyzja medycznej komisji arbitrażowej podejmowana jest większością głosów - 2 głosy za.

3. W sytuacji gdy jedna ze stron nie będzie zgadzała się z decyzją medycznej komisji arbitrażowej, strona ta będzie nadal uprawniona do wytoczenia powództwa przed sądem cywilnym.
4. Powyższa możliwość jest prawem, a nie obowiązkiem Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub uposażonego z niniejszej Umowy ubezpieczenia.

Przesłuchanie pod Przysięgą:

Towarzystwo ma prawo do przesłuchania Ubezpieczonego lub uposażonego pod przysięgą na tyle często na ile będzie uzasadnione i niezbędne. Towarzystwo może również zażądać od Ubezpieczonego lub uposażonego przedstawienia podpisanego przez nich opisu okoliczności towarzyszących Chorobie lub Uszkodzeniu Ciała oraz ich interesu ubezpieczeniowego w stosunku do szkody. Ubezpieczony i uposażony są również zobowiązani do przedstawienia wszystkich akt i dokumentów wymaganych przez Towarzystwo, w tym także dokumentów i akt medycznych zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa oraz do zezwolenia Towarzystwu na wykonanie fotokopii takich akt i dokumentów. Zgoda Ubezpieczonego na udostępnienie informacji medycznych Ubezpieczycielowi zawarta jest we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Prawo do Roszczenia regresowego:

Jeśli Towarzystwo dokona wypłaty z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia, przejmie jednocześnie wszelkie prawa do roszczenia regresowego, które przysługują Ubezpieczonemu lub uposażonemu w związku z taką szkodą, w zakresie w jakim Towarzystwo wypłaciło świadczenia związane z taką szkodą. Wszystkie prawa Ubezpieczonego lub Uposażonego do odszkodowania staną się prawami Towarzystwa w zakresie, w jakim dokonano wypłaty na podstawie niniejszej Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony lub uposażony podejmą wszelkie czynności w celu zabezpieczenia takich praw i nie podejmą żadnych kroków, po wystąpieniu szkody, mogących podważyć takie prawa. Ubezpieczony lub uposażony mogą jednak zrzec się na piśmie praw do żądania odszkodowania od innej osoby bądź organizacji za pokrytą szkodę przed jej wystąpieniem.

Przelew Praw do Świadczeń:

Przeniesienie praw i obowiązków z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia lub jakiegokolwiek roszczenia z niej wynikającego nie będzie skuteczne w stosunku do Ubezpieczonego, chyba że zostanie ono dokonane na piśmie i złożone w Towarzystwie przed zaspokojeniem roszczenia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ważność jakiegokolwiek przeniesienia takich praw.

Ubezpieczający:

Miejsce na pouczenie w sprawie złożenia pozwu z tytułu niniejszego dokumentu

WSZYSTKIE INNE WARUNKI POZOSTAJĄ BEZ ZMIAN

Składka Dodatkowa: nie dotyczy

Zwrot Składki: nie dotyczy

Data wejścia w Życie:

Data wystawienia:

Podpisano przez: _____
Upoważniony Przedstawiciel