

WYCIĄG Z OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA STOSOWANYCH DO UMÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO I INDYWIDUALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

- informować osoby uprawnione do otrzymania świadczenia o wszelkich dokumentach niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i rozmiaru szkody,
- zawiadamiać osoby uprawnione do świadczenia o przyczynach niezaspokojenia ich roszczeń w części lub całości.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 16

Postępowanie w razie wypadku

- W razie powstania wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający/ Ubezpieczony/ Uprawniony/ Uposażony jest obowiązany:
 - każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Ubezpieczycielowi, najpóźniej w ciągu 90 dni roboczych od daty powstania wypadku,
 - złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
 - poddać się na żądanie Ubezpieczyciela obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - 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,
 - umożliwienia zasięgnięcia przez Ubezpieczyciela informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
 - dostarczyć Ubezpieczycielowi pisemne postanowienie z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia,
 - dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
 - poinformować o zakończeniu leczenia lub planowanym terminie jego zakończenia,
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami jest akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
- W razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
- Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
- Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony dopuścił się rażącego niedbalstwa lub winy umyślnej w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć w stopniu, w którym przyczyniło się to do powstania szkody/uszczerbku. W przypadku gdy na skutek naruszenia obowiązków określonych w ust. 1 do 4 (również przez Uprawnionego do świadczenia) – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie – niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia.

§ 17

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

- Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
- Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach

niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłata bezsporną część odszkodowania.

- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania, celem określenia rozmiaru doznanej szkody. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
- Ubezpieczyciel udostępni osobom uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych nie powodujący nadmiernego, utrudnienia dla tych osób.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca wypadku.
- Osobie, która była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia przysługuje świadczenie z każdej umowy, jednak świadczenia z ryzyk (klauzul) przewidujących zwrot kosztów nie mogą przewyższać rzeczywistych kosztów.

§ 18

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

- Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 19

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

- Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w pieniądzu – wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.
- Świadczenie ubezpieczeniowe – w przypadku gdy wyrażone jest w postaci innej niż pieniądz (np. usługa) – realizowane jest zgodnie z postanowieniami określonymi w treści danego ryzyka (klauzuli).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

Oświadczenia

- Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
- Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30 dni kalendarzowych od dnia jego wystąpienia.

§ 21

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 22

Właściwość sądowa

- Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
- Zarząd Ubezpieczyciela jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego

lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.

- Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 23

Odesłanie

- W sprawach nieuregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
- Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 24

Wejście w życie

Warunki wchodzą w życie z dniem 01.10.2010 i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych po tym dniu.

§ 25

Zatwierdzenie

Warunki zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą nr 28/2010 z dnia 17.08.2010 roku.



Członek Zarządu
Marcin Kotulski



Prezes Zarządu
Piotr Narloch