

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „BEZPIECZNA SZKOŁA”



TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH
T U W

KARTA INFORMACYJNA *)

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA „BEZPIECZNA SZKOŁA”

LP	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2, § 3, § 4, § 5, § 8, § 12, Klauzula nr 1 ust. 1, 3 - 6, 8, 11, Klauzula nr 2 ust. 1, 3- 6, 9, 11, Klauzula nr 3 ust. 1, 3 - 9, Klauzula nr 4 ust. 1, 3 - 8, Klauzula nr 5 ust. 1, 3 - 6, Klauzula nr 6 ust. 1 - 10 i 14 - 21, Klauzula nr 7 ust. 1 - 6, 8, 10, 14 - 16, 18 - 22, Klauzula nr 8, Klauzula nr 9 ust. 1, 3 - 5, 7 - 12, Klauzula nr 10 ust. 1 - 4, 6, 7, Klauzula nr 11 ust. 1 - 3, 5, Klauzula nr 12 ust. 1 - 6, 10, Klauzula nr 13 ust. 1, 3 - 5, 7, 9.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1, 6, 11, 14, 18, 22, 26, 27 i 30, § 6, § 9, § 12 ust. 8 - 10, Klauzula nr 1 ust. 2, 7, 9 i 10, Klauzula nr 2 ust. 2, 7, 8 i 10, Klauzula nr 3 ust. 2, Klauzula nr 4 ust. 2, Klauzula nr 5 ust. 2, Klauzula nr 6 ust. 11 - 13, Klauzula nr 7 ust. 7, 9, 11 - 13, 17, Klauzula nr 9 ust. 2, 6, 10, Klauzula nr 10 ust. 5, Klauzula nr 11 ust. 4, Klauzula nr 12 ust. 7 - 9, Klauzula nr 13 ust. 2, 6, 8.

*) Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

SPIS TREŚCI

§ 1 Postanowienia ogólne	3
§ 2 Definicje	3
§ 3 Przedmiot ubezpieczenia	4
§ 4 Zakres ubezpieczenia	4
§ 5 Rodzaje i wysokość świadczeń	4
§ 6 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	5
§ 7 Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
§ 8 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa	6
§ 9 Suma ubezpieczenia	6
§ 10 Składka ubezpieczeniowa	6
§ 11 Obowiązki Towarzystwa	7
§ 12 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	7
§ 13 Wypłata świadczeń	7
§ 14 Roszczenia regresowe	8
§ 15 Rozpatrywanie reklamacji	8
§ 16 Rozwiązywanie sporów	8

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KLAUZULE DODATKOWE	8
Klauzula nr 1 – Dienne świadczenie szpitalne wskutek nieszczęśliwego wypadku	8
Klauzula nr 2 – Zwrot kosztów leczenia poniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej	8
Klauzula nr 3 – Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Świadczenie z tytułu śmierci opiekunów prawnych Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	9
Klauzula nr 4 – Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	9
Klauzula nr 5 – Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	9
Klauzula nr 6 – Odpowiedzialność cywilna Nauczycieli	9
Klauzula nr 7 – Odpowiedzialność cywilna placówki oświatowej	10
Klauzula nr 8 – Dodatkowy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej	11
Klauzula nr 9 – Jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na nowotwór złośliwy	11
Klauzula nr 10 – Jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	12
Klauzula nr 11 – Uprawianie sportów	12
Klauzula nr 12 – Odpowiedzialność cywilna dyrektora placówki oświatowej	12
Klauzula nr 13 – Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby	13

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Ogólne warunki ubezpieczenia OWU „Bezpieczna Szkoła”, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dzieci, uczniów, studentów, słuchaczy i personelu zatrudnionego w placówkach oświatowych, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej Towarzystwem z Ubezpieczającym na zasadach określonych tymi warunkami.
- Umowy ubezpieczenia zawiera się z Członkami Towarzystwa. Towarzystwo może zawierać umowy ubezpieczenia także z osobami niebędącymi Członkami Towarzystwa.
- W porozumieniu z Ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU, z zastrzeżeniem, że wszelkie zmiany będą dokonywane w formie pisemnej pod rygorem ich nieważności.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek. W takim przypadku postanowienia niniejszych OWU dotyczące Ubezpieczonego odnoszą się odpowiednio do Ubezpieczającego.
- W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek obowiązki określone w § 12 do niniejszych OWU spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba, że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązuje się do doręczenia Ubezpieczonemu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia, natomiast Towarzystwo na żądanie Ubezpieczonego zobowiązane jest udzielić mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
- Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony tej umowy, mogą być dokonywane na piśmie albo drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony wyraził na to zgodę.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. -

Kodeks cywilny, ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w OWU oznaczają:

- bójka** – fizyczna walka, podczas której osoby atakują i bronią się nawzajem, gdzie każdy z uczestników bójki dobrowolnie i świadomie przyjmuje i godzi rolę napastnika z rolą napadniętego,
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy, inne niż działanie zdrowego organizmu,
- franszyza integralna** – określona kwotowo wartość szkody, do jakiej Towarzystwo nie wypłaca odszkodowania, a po przekroczeniu której wypłaca się odszkodowanie w całości,
- Klient** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z umowy ubezpieczenia oraz Poszukujący ochrony ubezpieczeniowej,
- leczenie usprawniające** – terapia medyczna zalecana przez lekarza, mająca na celu przywrócenie możliwie najpełniejszej sprawności psychofizycznej układu kostno-mięśniowo-nerwowego. Za leczenie usprawniające uważa się również rehabilitację,
- nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie gwałtowne i nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, w wyniku którego Ubezpieczony doznał obrażeń ciała lub które spowodowały zgon. W rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca i udar mózgu jaki wystąpił u Ubezpieczonego, chyba, że były one zdiagnozowanymi wcześniej stanami chorobowymi,
- odmrożenie** – uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury,
- osoba trzecia** – każda osoba nie będąca stroną umowy ubezpieczenia,
- osoba bliska** to:
 - małżonek lub konkubent,
 - dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie,
 - rodzice, ojczym, macocha, teściowie, przysposabiający,
 - dziadkowie, wnuki, rodzeństwo, zięciowie, synowe,
 - osoba pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym,
- personel** – pracownicy dydaktyczni zatrudnieni przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, a także osoby zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej, z tytułu której Ubezpieczający odprowadza składkę na ubezpieczenie społeczne,
- pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w klinice lub szpitalu, trwający nieprzerwanie, powyżej 1 dnia; jako pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji, a jako ostatni - dzień wypisu ze szpitala; za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt,
- poważne zachorowanie** – stan organizmu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zdiagnozowany przez lekarza specjalistę, mający potwierdzenie w dokumentacji medycznej oraz objęty zakresem odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z zapisami klauzuli dodatkowej,
- reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo,
- placówka oświatowa** – przedszkole, szkoła podstawowa, szkoła średnia, szkoła wyższa, zakład opiekuńczy i inne placówki oświatowe,
- przedstawiciel ustawowy** – sądownie ustalony opiekun prawny Ubezpieczonego lub rodzic naturalny,
- szkoda na osobie** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć na skutek zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia,
- szkoda rzeczowa** – utrata, zniszczenie lub uszkodzenie mienia, na skutek zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia,
- szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, działający zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, mający za zadanie diagnostykę i całodobową opiekę medyczną przy wykorzystaniu wykwalifikowanego personelu medycznego. Za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się: domów opieki, sanatoriów, hospicjów, ośrodków rehabilitacyjnych, wypoczynkowych i leczenia uzależnień oraz szpitali sanatoryjnych,
- środki pomocnicze i ortopedyczne** – niezbędne w procesie leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków środki pomagające zalecone przez lekarza,

- 20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem. Stopień i rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Towarzystwo na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej,
- 21) **Ubezpieczający** – podmiot, który zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia i zobowiązany jest do zapłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia,
- 23) **sporty o charakterze wyczynowym** – sporty uprawiane celem osiągnięcia we współzawodnictwie na imprezach sportowych jak najlepszych wyników; także każdy sport uprawiany zawodowo, w tym ćwiczenia i rywalizację na treningach,
- 24) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty, których uprawianie wiąże się z działaniem w warunkach dużego ryzyka utraty życia lub zdrowia takie jak: alpinizm (także wspinaczka skałkowa i lodowa), baloniarstwo, udział w wyprawach i ekspedycjach do rejonów o ekstremalnych warunkach przyrodniczych lub klimatycznych, eksplorację jaskiń, jazdę ekstremalną: pojazdem mechanicznym, rowerem, na nartach, lotnictwo, nurkowanie, paralotniarstwo, skoki bungee, spadochroniarstwo, sploty górskie, sporty motorowe i motorowerowe, sporty walki, szybownictwo, szybownictwo, parkour, rafting, zorbing, cliff jumping, rock jumping; za uprawianie sportu ekstremalnego rozumie się także bycie członkiem załogi oraz bierne korzystanie z pojazdu,
- 25) **udar mózgu (TIA - transient ischaemic attack)** – trwałe, trwające minimum 24h, uszkodzenie tkanki mózgowej przebiegające nagle, powstałe w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych lub zaburzeń przepływu krwi (zakrzep, zator, krwotok), za wyjątkiem przemijających epizodów krążeniowo-mózgowych, trwających krócej niż 24 godziny i niepozostawiających trwałych następstw neurologicznych,
- 26) **wstrząśnienie mózgu** – pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą,
- 27) **zawał serca** – (*infarctus myocardi*) martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, potwierdzona przez typowe bóle stenokardialne w wywiadzie, sugerujące chorobę niedokrwienną serca, zmiany w EKG charakterystyczne dla świeżego zawału serca oraz podwyższony poziom enzymów sercowych. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków dzieci, uczniów, studentów, słuchaczy i personelu zatrudnionego w placówkach oświatowych, powstałe w okresie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, z tytułu nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych na terenie całego świata, z uwzględnieniem wyłączeń terytorialnych wskazanych dla poszczególnych zdarzeń.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest całodobowa i trwa 7 dni w tygodniu.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia **zakresie podstawowym** obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku samobójstwa,
 - 4) zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i wyrobów ortopedycznych,
 - 5) jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu ukąszenia przez owady oraz wężę lub pogryzienia przez zwierzęta,
 - 6) jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu uciążliwości leczenia lub wystąpienia innych następstw,
 - 7) zasiłek z tytułu czasowej niezdolności do nauki/pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Warunkiem wypłaty – świadczenia jest stwierdzenie zaistnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
3. Za opłatą dodatkowej składki ochrona ubezpieczeniowa może zostać rozszerzona o świadczenia zapisane w klauzulach nr 1- 10 oraz 12 i 13 stanowiących integralną część niniejszych OWU. Klauzula nr 11

jest włączona w zakres ochrony ubezpieczeniowej bez konieczności opłacania dodatkowej składki.

4. Możliwość rozszerzenia ochrony, o której mowa w ust. 3 dotyczy wyłącznie umów nie krótszych niż 12 miesięcy.
5. Wszystkie świadczenia wypłacane są w wysokości i na zasadach określonych w niniejszych OWU.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 5

1. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku** wypłacane jest w wysokości równej 1% sumy ubezpieczenia za każdy określony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu. Maksymalna kwota wypłaty świadczenia nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest bez konieczności badania Ubezpieczonego przez lekarza orzecznika powołanego przez Towarzystwo, na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej oraz „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” rekomendowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej. Tabela dostępna jest w każdej jednostce terenowej TUW „TUW” oraz na stronie internetowej www.tuw.pl.
3. W uzasadnionych przypadkach stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu może być ustalany na podstawie badań przeprowadzanych przez lekarza powołanego przez Towarzystwo lub zaocznej komisji lekarskiej; w takich przypadkach Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie orzeczenia lekarskiego lub komisji lekarskiej.
4. Ostateczne ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje po zakończeniu leczenia oraz zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, nie później jednak niż w terminie 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu a następnie zmarł, w ciągu 24 miesięcy wskutek tego wypadku – świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uprawnionemu w wysokości różnicy kwoty należnego świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, a już otrzymanym świadczeniem z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem właściwym dla danego organu po wypadku a stopniem uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed nieszczęśliwym wypadkiem.
7. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowo - skutkowym z nieszczęśliwym wypadkiem, niewypłacone przed śmiercią Ubezpieczonego świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się Uprawnionemu.
8. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu jest wypłacane na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej z przeprowadzonego leczenia, rozpoznania (diagnoza lekarska), a także dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trakcie procesu likwidacji szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.
9. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** wypłacane jest w wysokości 100% sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
10. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) aktu zgonu Ubezpieczonego, zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę zgonu, karty zgonu, dokumentu tożsamości uprawnionego, a także dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.
11. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku popełnienia samobójstwa**, wypłacane jest w wysokości 50% sumy ubezpieczenia pod warunkiem, iż zdarzenie miało miejsce w okresie ubezpieczenia.
12. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku samobójstwa jest wypłacane na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) aktu zgonu Ubezpieczonego, zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego przyczynę zgonu, karty zgonu, dokumentu tożsamości uprawnionego, a także dokumentów wskazanych

- Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
13. **Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych**, wypłacany jest ubezpieczonemu po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
 14. Świadczenie z tytułu nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych wypłacane jest maksymalnie do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
 15. Towarzystwo zwróci poniesione przez Ubezpieczonego udokumentowane koszty nabycia lub wypożyczenia środków pomocniczych i ortopedycznych, pod warunkiem, że nie znajdują się w zakresie refundacji lub nie zostały zrefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez inny Zakład Ubezpieczeń.
 16. Towarzystwo zwróci koszty zakupu środków pomocniczych i ortopedycznych, o ile zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
 17. Zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych i ortopedycznych jest wypłacany na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską oraz potwierdza konieczność zastosowania środków pomocniczych i ortopedycznych w procesie leczenia,
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia; dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania tej placówki,
 - 4) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
 18. **Jednorazowe świadczenie ryczałtowe z tytułu ukąszenia przez owady i węże lub pogryzienia przez zwierzęta**, wypłacane Ubezpieczonemu jednorazowo w wysokości 250 PLN w okresie ubezpieczenia.
 19. Ukąszenie przez owady i węże, w rozumieniu niniejszych OWU dotyczy zdarzeń powodujących silne reakcje alergiczne, wymagające podania leków przeciwwstrząsowych, antyalergicznym lub surowicy oraz tych, których następstwem są zdiagnozowane choroby.
 20. Świadczenie z tytułu ukąszenia przez owady i węże lub pogryzienia przez zwierzęta jest wypłacane pod warunkiem, że Ubezpieczony był w związku z tym zdarzeniem hospitalizowany.
 21. Świadczenie z tytułu ukąszenia przez owady i węże lub pogryzienia przez zwierzęta wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku, z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską oraz potwierdza konieczność hospitalizacji i wskazuje jej przyczynę,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
 22. **Świadczenie ryczałtowe z tytułu uciążliwości leczenia lub innych następstw nieszczęśliwego wypadku** wypłacone zostanie Ubezpieczonemu, jednorazowo w wysokości 250 PLN, pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu i jest jednym z wymienionych w ust. 23 innych następstw nieszczęśliwego wypadku.
 23. W rozumieniu niniejszych OWU za inne następstwa nieszczęśliwego wypadku przyjmuje się:
 - 1) wstrząśnienie mózgu,
 - 2) rany wymagające założenia szwów, klamer lub innej interwencji chirurgicznej,
 - 3) skręcenia i zwichnięcia kończyn wymagające stałego unieruchomienia narządu ruchu (gips lub inny stabilizator) minimum przez okres 14 dni,
 - 4) porażenie prądem z utratą przytomności, nagłe zatrucie gazami oraz innymi substancjami lub produktami chemicznymi.
 24. Warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu uciążliwości leczenia oraz świadczeń określonych w ust. 23 pkt 1 i 4 jest konieczność udzielenia pomocy ambulatoryjnej przez lekarza.
 25. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
 26. **Zasiłek z tytułu czasowej niezdolności do nauki/ pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku** wypłacany zostanie jednorazowo w wysokości 2% sumy ubezpieczenia.
 27. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do nauki/ pracy jest wypłacane pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 28. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do nauki/ pracy jest wypłacane pod warunkiem, że czasowa niezdolność do nauki/ pracy trwała przez okres minimum 21 dni.
 29. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do nauki/ pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej (orzeczenie lekarskie) potwierdzającej czasową niezdolność do nauki/ pracy,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia.
 30. Łączna wysokość wypłaconych świadczeń podstawowych nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określonej w dokumencie potwierdzającym ochronę ubezpieczeniową.
 31. Towarzystwo wypłaca świadczenia podstawowe według kolejności zgłaszania roszczeń i otrzymanej dokumentacji na podstawie której jest możliwa wypłata świadczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 6

1. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstw nieszczęśliwych wypadków w wyniku zdarzeń:
 - 1) powstałych przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczonego lub osobę bliską,
 - 3) wyrządzonych przez Ubezpieczonego w wyniku rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 4) w stanie po użyciu alkoholu, będące w stanie nietrzeźwości, po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, a także polegających na uświadaniu popelnienia lub popelnieniu przez Ubezpieczonego przestępstwa, jeżeli miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 5) powstałych w wyniku prowadzenia pojazdów lub obsługi maszyn bez wymaganych uprawnień,
 - 6) polegających na samookaleczeniu, uświadaniu popelnienia samobójstwa, okaleczeniu na własną prośbę bez względu na stan poczytalności Ubezpieczonego w chwili popelnienia tego czynu,
 - 7) będących następstwem wszelkich stanów chorobowych zarówno przewlekłych jak i występujących nagle, chyba, że umówiono się inaczej,
 - 8) uszkodzeń ciała spowodowanego leczeniem lub wykonywaniem zabiegów leczniczych,
 - 9) powstałych w wyniku czynnego i zamierzonego udziału Ubezpieczonego w bójkach i innych aktach przemocy, za wyjątkiem wypadków powstałych podczas działania w obronie koniecznej rozumianego jako odpięcie bezpośredniego i bezprawnego zamachu na jakiegokolwiek dobro własne lub innej osoby lub podczas udzielania pomocy osobom znajdującym się w niebezpieczeństwie,
 - 10) powstałych w następstwie działań wojennych, rewolucji, niepokojów społecznych, blokady dróg, konfiskat, strajków, zamieszek, rozruchów, sabotażu, aktów terrorystycznych tj. czynów jakiegokolwiek osoby lub grupy osób, zarówno działających samodzielnie jak i w imieniu lub w powiązaniu z jakąkolwiek organizacją lub rządem, z włączeniem lecz bez ograniczenia do użycia siły lub przemocy i/lub groźby ich użycia, popelniony w przyczyn politycznych, religijnych, ideologicznych lub etnicznych z zamiarem wywarcia wpływu na jakiegokolwiek rząd lub inny podmiot sprawujący władzę i/lub wywołania uczucia zagrożenia w społeczeństwie lub jakiegokolwiek jego części, lub manifestacji,
 - 11) powstałych wskutek bezpośredniego lub pośredniego oddziaływania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego,

- promieni jonizujących, laserowych lub maserowych bez względu na przyczynę i źródło ich pochodzenia oraz pola magnetycznego lub elektromagnetycznego,
- 12) powstałe wskutek uprawiania wszelkich sportów wysokiego ryzyka lub o charakterze wyczynowym, chyba, że umówiono się inaczej
 - 13) powstałych wskutek posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami i środkami o podobnym działaniu a także posługiwaniu się bronią,
 - 14) powstałych w wyniku zawału serca lub udaru mózgu u osób w wieku powyżej 67 lat.
2. Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: utracone korzyści i straty rzeczywiste w tym utrata, uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy osobistych należących do Ubezpieczonego, a powstałych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, a także zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne,
3. Wszystkie wyłączenia dotyczą także klauzul dodatkowych, chyba że postanowienia szczególne w klauzulach stanowią inaczej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, sporządzonego w formie pisemnej na formularzu wniosko-polisy lub w inny sposób.
2. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wniosko-polisą lub innym dokumentem ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka, w tym dostarczenia dokumentacji medycznej.
4. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w formie grupowej bezimiennej lub imiennej. Na potrzeby niniejszych OWU przyjmuje się, że grupę stanowi co najmniej 5 osób.
5. Formę grupową bezimienną stosuje się pod warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich należących do określonej w umowie grupy osób (wszystkie dzieci/młodzież oraz wszyscy pracownicy) zgodnie ze stanem na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku objęcia ubezpieczeniem wszystkich z danej grupy, Towarzystwo może zwolnić z opłaty składki do 10% ogólnej liczby Ubezpieczonych dzieci, młodzieży lub studentów (nie dotyczy personelu i uczelni wieczorowych i zaoczných) znajdującej się w trudnej sytuacji materialnej. Wymagane jest załączenie imiennej listy osób zwolnionych z opłaty składki jako załącznik do dokumentu potwierdzającego ochronę ubezpieczeniową.
7. Przy ubezpieczeniu w formie grupowej imiennej, Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć listę osób objętych ochroną ubezpieczeniową zawierającą co najmniej imię i nazwisko osób objętych ubezpieczeniem oraz nr PESEL lub datę urodzenia.
8. Przy ubezpieczeniu w formie grupowej bezimiennej Ubezpieczający zobowiązany jest prowadzić ewidencję ubezpieczonych zawierającą co najmniej imię i nazwisko osób objętych ubezpieczeniem oraz nr PESEL lub datę urodzenia.
9. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich dzieci, młodzieży, studentów, słuchaczy i tylko częściowym ubezpieczeniu personelu należy do umowy ubezpieczenia dołączyć listę imienną personelu. Imienna lista powinna zawierać co najmniej imię i nazwisko osób objętych ubezpieczeniem oraz nr PESEL lub datę urodzenia oraz kwotę zapłaconej składki.
10. Wszystkie osoby zostają objęte ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie ubezpieczenia, z takimi samymi sumami ubezpieczenia/ limitami odpowiedzialności, rozszerzeniami zakresu ochrony ubezpieczeniowej i na taki sam okres ubezpieczenia.
11. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia możliwe jest objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej Towarzystwo dopuszcza możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 12 miesięcy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej, niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub raty składki, chyba że strony umówiły się inaczej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30 dniowego terminu wypowiedzenia.

4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia zawartej na okres dłuższy niż 6 miesięcy w terminie 30 dni jeżeli nie jest przedsiębiorcą lub w terminie 7 dni jeżeli jest przedsiębiorcą, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, poczynając od chwili w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
6. Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej, a składka ubezpieczeniowa nie została opłacona w terminie.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia spowodowanej wypłatą świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
8. W razie opłacania składki w ratach niezaplacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa, o ile po upływie oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia terminu płatności raty Towarzystwo wezwało Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności i Ubezpieczający pomimo wezwania nie opłacił składki. Odpowiedzialność Towarzystwa ustaje po upływie 7 dni od otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający obowiązany jest opłacić składkę za czas udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Górną granicą odpowiedzialności Towarzystwa jest suma ubezpieczenia określona przez Ubezpieczającego i wpisana we wniosko-polisie.
2. Określona w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
3. Suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie może być niższa niż 5 000 PLN i wyższa niż 50 000 PLN.
4. Suma ubezpieczenia nie ulega zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.
5. Odrębne sumy ubezpieczenia stanowiące górną granicę odpowiedzialności określone zostały w poszczególnych klauzulach dodatkowych. Sumy ubezpieczenia określone w klauzulach dodatkowych są niezależne od sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, chyba że treść zapisów klauzul stanowi inaczej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Wysokość składki ustala się w oparciu o obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Taryfę stawek.
3. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest z uwzględnieniem:
 - 1) zakresu ubezpieczenia i zastosowanych klauzul dodatkowych,
 - 2) sumy ubezpieczenia,
 - 3) okresu ubezpieczenia,
 - 4) zniżek i zwyżek składki,
 - 5) dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia,
 - 6) rodzaju placówki oświatowej,
 - 7) liczby ubezpieczonych osób,
 - 8) indywidualnej oceny ryzyka.
4. Ubezpieczający opłaca składkę jednorazowo za cały okres ubezpieczenia, w dwóch lub w czterech ratach. W ubezpieczeniach krótkoterminowych składka płatna jest jednorazowo.
5. Termin płatności składki oraz jej wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia. W przypadku ubezpieczeń zawieranych na okres 12 miesięcy, termin ten nie może być dłuższy niż 45 dni od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.
6. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego postanowień dodatkowych lub odmiennych od określonych w niniejszych OWU lub klauzulach dodatkowych,

Towarzystwo może ustalić składkę w innej wysokości niż wynika to z taryfy stawek.

7. Odstąpienie lub rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
8. Dniem zapłaty składki lub jej raty jest dzień:
 - 1) złożenia zlecenia przelewu w banku pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się odpowiednia ilość środków, w przeciwnym wypadku zapłatę uznaje się za dokonaną w chwili uznania rachunku bankowego Towarzystwa pełną kwotą należnej składki,
 - 2) wpłacenia pełnej kwoty należnej składki w kasie Towarzystwa,
 - 3) wręczenia pełnej kwoty należnej składki pośrednikowi ubezpieczeniowemu odpowiednio umocowanemu przez Towarzystwo.
9. Składka nie podlega indeksacji.
10. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego.
11. Wysokość składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi wynosi 1/365 kwoty składki rocznej za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA

§ 11

1. Na żądanie Ubezpieczonego Towarzystwo zobowiązane jest udzielić mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Jeżeli w terminie określonym w § 13 ust. 2 i 3, Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a jeśli istnieją podstawy także wypłaca bezsporną część odszkodowania bądź świadczenia.
4. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub kwota jest innej wysokości, niż określona roszczeniem, Towarzystwo informuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem o okolicznościach oraz o podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do informacji związanych z nieszczęśliwym wypadkiem będących podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz ustalenia okoliczności zdarzenia, jak również wysokością świadczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 12

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało przed zawarciem umowy ubezpieczenia na formularzu wniosko-pólisy lub w inny sposób.
2. Jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek wskazany w ust. 1 ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności mu znane.
3. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ww. postanowień doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. Ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego o treści zawartej umowy ubezpieczenia. Ponadto Ubezpieczający

zawierający umowę ubezpieczenia grupowego na cudzy rachunek jest zobowiązany przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego, do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacji o:

- 1) firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;
 - 2) o braku wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 3) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
6. W razie zajścia nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych środków w celu złagodzenia skutków wypadku,
 - 2) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 3) niezwłocznie powiadomić Policję o wypadku z ofiarami w ludziach oraz o wypadku powstałym w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo.
 - 4) zawiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, nie później niż 7 dni od daty wypadku, chyba że wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mógł tego uczynić, w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 7 dni od ustąpienia przyczyny niezgłoszenia szkody,
 - 5) dostarczyć do Towarzystwa:
 - a) dokumentację medyczną, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) oraz uzasadniającą konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia, jak również dokumentację z przeprowadzonego leczenia,
 - b) prawidłowo wypełniony formularz zgłoszenia szkody,
 - c) dokumenty wskazane Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.

7. Umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji dotyczących okoliczności nieszczęśliwego wypadku u lekarzy lub innych podmiotów, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Ubezpieczonym po wypadku, zwalniając ich z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, poprzez podpisanie oświadczenia przy zgłaszaniu roszczenia z tytułu nieszczęśliwego wypadku. W przypadku takiej konieczności, poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.
8. W razie niedopełnienia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 6 pkt 1 i 2 Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
9. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 6 pkt 4 Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
10. W razie niedopełnienia przez Ubezpieczającego któregokolwiek z pozostałych obowiązków określonych w § 12 Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania w całości lub w części jeżeli niedopełnienie obowiązków miało wpływ na zwiększenie rozmiarów szkody, ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i rozmiaru szkody.
11. Skutki braku zawiadomienia Towarzystwa o wypadku nie występują, jeżeli Towarzystwo w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymało wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 13

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie otrzymanego pisemnego zgłoszenia o zaistniałym zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową.
2. Świadczenie wypłacane jest w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności albo wysokości świadczenia w terminie określonym w ust. 2 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia, Towarzystwo powinno wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu Towarzystwo pisemnie informuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie i uzasadnia swoje stanowisko wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę częściową lub całkowitą świadczenia oraz informuje o przysługującej jej środkach odwoławczych.

5. Wypłata świadczenia następuje w formie przelewu na rachunek bankowy lub inny sposób uzgodniony z Ubezpieczonym lub Uprawnionym do otrzymania świadczenia.
6. Świadczenie wypłacane jest w PLN.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§ 14

1. Z dniem wypłaty odszkodowania na Towarzystwo przechodzi prawo dochodzenia roszczeń od osoby odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Jeżeli Towarzystwo pokryło część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części, pierwszeństwo w zaspokojeniu roszczeń.
4. Towarzystwu nie przysługuje prawo dochodzenia zwrotu świadczeń wypłaconych z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

§ 15

1. W przypadku zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo, Klientowi przysługuje prawo do wniesienia reklamacji na działanie lub zaniechanie Towarzystwa związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
2. Reklamacja może być złożona przez osobę fizyczną:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, a także w siedzibie Towarzystwa, ul. H. Raabego 13, 02-793 Warszawa, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa, obsługującej Klientów.
3. Reklamacja może być złożona przez osobę prawną lub spółkę nieposiadającą osobowości prawnej:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, a także w siedzibie Towarzystwa, ul. H. Raabego 13, 02-793 Warszawa, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa, obsługującej Klientów,
 - 3) w formie pisemnej na innym trwałym nośniku doręczonym jak w pkt 1, a reklamacje składane pocztą elektroniczną należy przesyłać na adres reklamacje.osobyprawne@tuw.pl.
4. Ze szczegółową informacją dotyczącą trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji przez Towarzystwo można zapoznać się na stronie internetowej Towarzystwa lub w każdej jednostce Towarzystwa.
5. Właściwą jednostką organizacyjną Towarzystwa do rozpatrywania reklamacji jest jednostka określona w regulacjach wewnętrznych Towarzystwa, obowiązujących na dzień składania reklamacji.
6. Towarzystwo rozpatruje reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie Klientowi odpowiedzi przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, gdy rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 6, odpowiedź zostanie udzielona po dokonaniu ustaleń niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji, nie później jednak niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo przesyła Klientowi informację z wyjaśnieniem przyczyn opóźnienia, ze wskazaniem okoliczności wymagających wyjaśnienia i przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
8. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną lub na innym trwałym nośniku.
9. W przypadku nieuwzględnienia przez Towarzystwo reklamacji, Klientom będącym osobami fizycznymi, przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego w zakresie zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo. Dodatkowo w przypadku, jeśli ww. osoby są konsumentami w rozumieniu art. 22¹ Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny mają możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.
10. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ROZWIĄZYWANIE SPORÓW

§ 16

1. Spór z Towarzystwem może być na wniosek Klienta będącego osobą fizyczną poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów pomiędzy Klientem a podmiotem rynku finansowego, które przeprowadza Rzecznik Finansowy. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały na stronie internetowej Rzecznika Finansowego <https://rf.gov.pl>.
2. W postępowaniu sądowym powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUW „TUW” nr 259/18 z dnia 4 września 2018 roku i wprowadzone do obrotu Zarządzeniem Prezesa Zarządu TUW „TUW” nr 46/18 z dnia 4 września 2018 roku.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 października 2018 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KLAUZULE DODATKOWE

KLAUZULA NR 1 DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o wypłatę świadczenia dodatkowego z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego.
2. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 1.500 PLN na jedno i wszystkie zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
3. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
4. Suma ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego stanowi odrębną sumę niż określona w OWU suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
5. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli jestienne świadczenie szpitalne na rzecz Ubezpieczonego, który na podstawie zaleceń lekarza specjalisty musiał poddać się leczeniu szpitalnemu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Świadczenie wypłacane jest w związku z udokumentowanym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w okresie ubezpieczenia, zaleconym przez lekarza specjalistę w trakcie, którego Ubezpieczony poddany został leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie wypłacane jest za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 3 dnia hospitalizacji i nie dłużej niż 30 dni. W przypadku kilkukrotnego pobytu w szpitalu związanego z jednym zdarzeniem w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypłata świadczenia przysługuje od 1 dnia kolejnego pobytu w szpitalu, który nie był krótszy niż 24 godziny i łącznie nie przekroczył 30 dni.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druk zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie), karty leczenia szpitalnego, wypisu ze szpitala.
9. Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 40 PLN za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu w wysokości nie większej niż suma ubezpieczenia określona w niniejszej klauzuli.
10. Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
11. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 2 ZWROT KOSZTÓW LECZENIA PONIESIANYCH NA TERENIE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony

- ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o zwrot kosztów leczenia poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na wszystkie i jedno zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
 - Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
 - Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli są udokumentowane i uzasadnione koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, pod warunkiem, że koszty te nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub jakiegokolwiek innego tytułu, a ponadto zaistniały w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku i zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 - Za koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w rozumieniu niniejszych OWU uważa się w szczególności koszty: wizyt lekarskich, wizyt pielęgniarki, zabiegi ambulatoryjne, transport z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium, koszty niezbędnych operacji z wyłączeniem operacji plastycznych.
 - Za koszty leczenia uważa się także: koszty odbudowy stomatologicznej zębów stałych uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadków oraz koszty leczenia uszupniającego.
 - Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej dotyczący jednego stałego zęba zostaje ograniczony do wysokości nie wyższej niż 300 PLN.
 - Zwrot kosztów leczenia dokonywany jest przez Towarzystwo do wysokości udokumentowanych faktycznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż do 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
 - Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - druk zgłoszenia roszczenia,
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie),
 - oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty oraz innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia; dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej oraz pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki.
 - Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
 - Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 3 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI OPIEKUNÓW PRAWNYCH UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o świadczenie z tytułu śmierci opiekunów prawnych Ubezpieczonego wskutek następstw nieszczęśliwego wypadku.
- Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 1.500 PLN i wyczerpuje się po wypłacie świadczenia.
- Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
- Suma ubezpieczenia określona w ust. 2 stanowi odrębną sumę niż określona w OWU suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Świadczenie określone w ust. 2 jest wypłacane jednorazowo w przypadku śmierci opiekunów prawnych Ubezpieczonego wskutek następstw nieszczęśliwego wypadku, bez względu na liczbę osób, których zdarzenie dotyczy.
- Świadczenie wypłacane pod warunkiem, iż śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła nie później niż 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie otrzymuje Ubezpieczony, który nie ukończył 25 roku życia, był uczniem lub słuchaczem szkoły wyższej i pozostawał na utrzymaniu opiekunów prawnych.
- Świadczenie wypłacane jest uprawnionemu, po zweryfikowaniu zasadności, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - druk zgłoszenia roszczenia,
 - zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu, aktu zgonu, karty zgonu,

- odpisu skróconego aktu urodzenia oraz dokumentu potwierdzającego ustanowienie opieki nad Ubezpieczonym lub odpisu wyroku z postępowania spadkowego,
- dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
- Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 4 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

- Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
- Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
- Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek wypadku komunikacyjnego jaki miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, nie później niż 24 miesiące od zaistnienia tego wypadku.
- Świadczenie wypłacane jest uprawnionemu, po zweryfikowaniu zasadności, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - druk zgłoszenia roszczenia,
 - zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu, aktu zgonu,
 - dokumentów wskazanych Uprawionemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
- Skumulowane świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu zapisów niniejszej klauzuli nie może przekroczyć 150% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 5 ZWROT KOSZTÓW POGRZEBU UBEZPIECZONEGO

- Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego.
- Świadczenie jest wypłacane jednorazowo i wynosi 1.500 PLN.
- Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
- Świadczenie wypłacane jest Uprawionemu, po zweryfikowaniu zasadności, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - druk zgłoszenia roszczenia,
 - zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu, aktu zgonu lub karta zgonu,
 - dokumentów wskazanych Uprawionemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
- Świadczenie nie zostanie wypłacone jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 6 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA NAUCZYCIELI

- Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o odpowiedzialność cywilną nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych za szkody wyrządzone podczas wykonywania obowiązków służbowych.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych za szkody na osobie i szkody rzeczowe powstałe podczas wykonywania czynności zawodowych wyrządzone osobom trzecim.
- Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

4. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego, za szkody powstałe w związku z wykonywaniem przez niego funkcji opiekuńczych nad dziećmi i młodzieżą.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej dotyczy również zdarzeń na koloniach, obozach, wycieczkach szkolnych oraz innych imprezach, których organizatorem jest Ubezpieczający lub placówka oświatowa i w czasie, których sprawowane są funkcje opiekuńcze osób objętych ochroną ubezpieczeniową.
6. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli szkoda została wyrządzona poszkodowanemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej czynem niedozwolonym pod warunkiem, że zdarzenie powodujące szkodę powstało w okresie ubezpieczenia oraz roszczenia zostaną zgłoszone przed upływem ustawowego terminu przedawnienia roszczeń.
7. Suma gwarancyjna określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie odpowiedzialności, ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
8. Suma gwarancyjna dotyczy jednego Ubezpieczonego i stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa.
9. Suma gwarancyjna jest równa sumie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków chyba, że umówiono się inaczej. Maksymalna suma gwarancyjna może wynosić 50.000 PLN.
10. Suma gwarancyjna podana w dokumencie ubezpieczenia musi być jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych.
11. Ubezpieczenie nie obejmuje odpowiedzialności cywilnej:
 - 1) w zakresie wskazanym w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych,
 - 2) z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej,
 - 3) związanej z wykonywaniem czynności w życiu prywatnym.
12. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody będące następstwem zniszczenia, uszkodzenia lub zaginięcia wszelkiego rodzaju dokumentów.
13. Towarzystwo nie odpowiada ponadto za szkody:
 - 1) powstałe w związku z zdarzeniami zaistniałymi przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) wyrządzonych umyślnie przez Ubezpieczonego,
 - 3) wyrządzone przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, będące w stanie nietrzeźwości, po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, a także polegających na usiłowaniu popełnienia lub popełnieniu przez Ubezpieczonego przestępstwa, jeżeli miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 4) polegające na zniszczeniu lub utracie gotówki, biżuterii, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów, zbiorów archiwalnych oraz zbiorów kolekcjonerskich wszelkiego rodzaju, a także dzieł sztuki lub przedmiotów zabytkowych,
 - 5) powstałe w następstwie umyślnego nieprzestrzegania przez nauczyciela obowiązków zawodowych oraz nieprzestrzegania regulaminów, instrukcji i przepisów obowiązujących w placówce oświatowo-wychowawczej,
 - 6) wyrządzone osobom bliskim Ubezpieczonego,
 - 7) wyrządzone placówce, w której Ubezpieczony jest zatrudniony,
 - 8) polegające na uszkodzeniu lub zniszczeniu mienia stanowiącego własność Ubezpieczającego lub mienia, którym Ubezpieczający włada na podstawie tytułu prawnego wynikającego z umowy cywilnoprawnej, takiej jak dzierżawy, najmu, użyczenia, leasingu,
 - 9) wyrządzone przez osobę nieposiadającą uprawnień do wykonywania zawodu, która miała zakaz wykonywania zawodu lub zawieszono prawo wykonywania zawodu,
 - 10) związane z naruszeniem praw własności intelektualnej,
 - 11) polegające na zapłacie kar pieniężnych, m.in. kar umownych, grzywn sądowych i administracyjnych,
 - 12) czyste straty finansowe tj. straty niebędące szkodą na osobie ani szkodą rzeczową,
 - 13) rzeczowe, których wartość nie przekracza 200 PLN.
14. Ubezpieczenie może zostać zawarte w formie imiennej lub bezimiennej. W przypadku gdy do umowy ubezpieczenia przystępuje 100% zatrudnionego personelu (nauczyciele, wychowawcy i inny personel pedagogiczny) umowa może zostać zawarta jako bezimienna. W pozostałych przypadkach należy załączyć do umowy ubezpieczenia imienną listę osób objętych ochroną ubezpieczeniową.
15. Ubezpieczenie może zostać zawarte wyłącznie w przypadku gdy zawarta została umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu w placówkach oświatowych w tym samym okresie ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
16. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
17. Jeżeli tytułem odszkodowania przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenia jednorazowe jak i renty, Towarzystwo zaspokaja je w następującej kolejności:
 - 1) świadczenia jednorazowe,
 - 2) renty czasowe,
 - 3) renty dożywotnie.
18. W granicach sumy gwarancyjnej Towarzystwo dokonuje zwrotu:
 - 1) uzasadnionych okolicznościami danego zdarzenia niezbędnych kosztów, mających na celu zapobieżenie powstaniu i zwiększeniu się szkody,
 - 2) w odniesieniu do każdej szkody – poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów:
 - a) sądowej obrony przed roszczeniami osoby trzeciej, w sporze prowadzonym na polecenie Towarzystwa lub za jego zgodą, jeżeli Towarzystwo żądało ustanowienia obrońcy lub wyraziło zgodę na pokrycie kosztów związanych z ustanowieniem obrońcy,
 - b) postępowania ugodowego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę.
19. Poza obowiązkami wymienionymi w § 12 OWU, w razie powstania szkody Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) powiadomić Towarzystwo w terminie 7 dni od daty zgłoszenia do Ubezpieczonego roszczenia poszkodowanego, załączając wszystkie niezbędne dokumenty dotyczące okoliczności zdarzenia oraz oświadczenie o jednoznaczności swojej odpowiedzialności za szkodę,
 - 2) zawiadomić Towarzystwo, jeżeli przeciwko niemu lub osobie za którą ponosi odpowiedzialność wszczęto postępowanie karne lub inne, albo jeżeli poszkodowany wystąpił z roszczeniem na drogę sądową,
 - 3) dostarczyć do Towarzystwa orzeczenie sądu w sprawie związanej ze zdarzeniem, z którego wynika jego odpowiedzialność, w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego.
20. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczonego roszczenia o naprawienie szkody, która objęta jest niniejszym ubezpieczeniem, nie ma skutków prawnych względem Towarzystwa, jeżeli Towarzystwo nie wyraziło na to uprzedniej zgody.
21. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 7 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o odpowiedzialność cywilną z tytułu prowadzenia placówki oświatowej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna w związku z prowadzeniem placówki oświatowej za szkody na osobie i rzeczowe wyrządzone w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem działalności i posiadaniem mienia związanej z procesem oświatowo-wychowawczym, działalnością dydaktyczną, opiekuńczą i pomocniczą w tym za szkody wyrządzone przez personel Ubezpieczające z wykonywaniem przez nich obowiązków służbowych.
4. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli szkoda została wyrządzona poszkodowanemu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej czynem niedozwolonym pod warunkiem, że zdarzenie powodujące szkodę powstało w okresie ubezpieczenia oraz roszczenia poszkodowanych zostaną zgłoszone przed upływem ustawowego terminu przedawnienia roszczeń.
5. Towarzystwo, za opłatą dodatkowej składki może rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej niniejszej klauzuli o:
 - 1) odpowiedzialność cywilną z tytułu prowadzenia przez Ubezpieczającego szatni,
 - 2) odpowiedzialność cywilną w związku z prowadzeniem stołówki szkolnej.
6. Odpowiedzialność cywilna z tytułu prowadzenia przez Ubezpieczającego szatni, objęta jest ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że rzeczy oddane na przechowanie znajdują się w osobnych zamkniętych pomieszczeniach lub zamkniętych szafkach, do których dostęp ma wyłącznie osoba za nie odpowiedzialna. Chyba, że dotyczy to:
 - 1) szatni, w których osoba pozostawiająca rzeczy otrzymuje pokwitowanie, kwit (tzw. numerek) przypisany do danego wieszaka,

- 2) szatni z boksami wydzielonymi dla poszczególnych grup lub klas,
- 3) szafek indywidualnych, w których przechowywane są rzeczy poszczególnych uczniów.
7. Towarzystwo oprócz wyłączeń określonych w § 6 OWU nie ponosi również odpowiedzialności za szkody polegające na kradzieży, zagarnięciu lub uszkodzeniu gotówki, wszelkiego rodzaju dokumentów, biżuterii, komputerów, telefonów komórkowych, aparatów fotograficznych oraz innego rodzaju sprzętu audio-wizualnego, kluczy oraz wszelkiego rodzaju kart i gier komputerowych oraz za szkody nie przekraczające 50 PLN.
8. Odpowiedzialność cywilna w związku z prowadzeniem stołówki szkolnej za zatrucia pokarmowe, objęta jest ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że stołówka jest prowadzona przez osoby posiadające wymagane uprawnienia do prowadzenia takiej działalności.
9. Z zachowaniem wyłączeń określonych w § 6 OWU, z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są szkody:
 - 1) wyrządzone przez pracownika nie posiadającego stosownych zezwoleń, uprawnień, kwalifikacji lub przeszkolenia do wykonywania obowiązków pracowniczych, przy wykonywaniu których została wyrządzona szkoda,
 - 2) spowodowane wskutek nieprzebrzegania przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz regulaminów wewnętrznych obowiązujących w zakładzie pracy,
 - 3) polegające na przeniesieniu chorób przez pracowników Ubezpieczającego / Ubezpieczonego,
 - 4) inne niż wynikające z zatruc pokarmowych,
 - 5) czyste straty finansowe tj. straty niebędące szkodą na osobie ani szkodą rzeczową.
10. Sumę gwarancyjną dotyczącą odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia placówki oświatowej ustala się w dwóch opcjach do wyboru przez Ubezpieczającego:
 - 1) 25.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
 - 2) 50.000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia.
11. Dla odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia przez Ubezpieczonego szatni ustala się limit w wysokości 10.000 PLN na wszystkie zdarzenia i 300 PLN na jedno zdarzenie w okresie ubezpieczenia.
12. Dla odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia stołówki szkolnej ustala się limit w wysokości 10.000 PLN na wszystkie zdarzenia i 300 PLN na jednego poszkodowanego w okresie ubezpieczenia.
13. Suma gwarancyjna oraz limity określone w ust. 11 i 12 niniejszego paragrafu, pomniejszane są o wypłacone odszkodowania.
14. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
15. Jeżeli tytułem odszkodowania przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenia jednorazowe jak i renty, Towarzystwo zaspokaja je w następującej kolejności:
 - 1) świadczenia jednorazowe,
 - 2) renty czasowe,
 - 3) renty dożywotnie.
16. W granicach sumy gwarancyjnej Towarzystwo dokonuje zwrotu:
 - 1) uzasadnionych okolicznościami danego zdarzenia niezbędnych kosztów, mających na celu zapobieżenie powstaniu i zwiększeniu się szkody,
 - 2) w odniesieniu do każdej szkody – poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów,
 - 3) sądowej obrony przed roszczeniami osoby trzeciej, w sporze prowadzonym na polecenie Towarzystwa lub za jego zgodą, jeżeli Towarzystwo żądało ustanowienia obrońcy lub wyraziło zgodę na pokrycie kosztów związanych z ustanowieniem obrońcy,
 - 4) postępowania ugodowego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę.
17. Towarzystwo oprócz wyłączeń określonych w § 6 OWU nie ponosi odpowiedzialności za szkody z tytułu odpowiedzialności cywilnej:
 - 1) powstałe poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) będące następstwem wypadków przy pracy pracowników Ubezpieczonego,
 - 3) związane z wystąpieniem choroby zawodowej u pracownika Ubezpieczonego,
 - 4) wynikające z roszczeń wzajemnych pomiędzy osobami objętymi ubezpieczeniem,
 - 5) związane z naruszeniem dóbr osobistych, praw własności intelektualnej, praw autorskich, patentów, znaków towarowych,
 - 6) powstałe w związku ze zniszczeniem dokumentów, planów, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki lub środków pieniężnych,
- 7) powstałe podczas wykonywania czynności życia prywatnego,
- 8) powstałe podczas wykonywania czynności nie związanych bezpośrednio z wykonywaną działalnością,
- 9) których wartość nie przekracza 200 PLN (franszyza integralna), za wyjątkiem szkód osobowych oraz szkód z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia szatni i stołówki szkolnej.
18. Poza obowiązkami wymienionymi w § 12 niniejszych OWU, w razie powstania szkody Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) powiadomić Towarzystwo w terminie 7 dni od daty zgłoszenia do Ubezpieczonego roszczenia poszkodowanego, załączając wszystkie niezbędne dokumenty dotyczące okoliczności zdarzenia oraz oświadczenie odnośnie swojej odpowiedzialności za szkodę,
 - 2) zawiadomić Towarzystwo, jeżeli przeciwko niemu lub osobie za którą ponosi odpowiedzialność wszczęto postępowanie karne lub inne, albo jeżeli poszkodowany wystąpił z roszczeniem na drogę sądową,
 - 3) dostarczyć do Towarzystwa orzeczenie sądu w sprawie związanej ze zdarzeniem, z którego wynika jego odpowiedzialność, w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego,
 - 4) zabezpieczyć przedmiot ubezpieczenia przed dalszą szkodą,
 - 5) dostarczyć Towarzystwu orzeczenie sądu w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego.
19. W przypadku zdarzenia powodującego odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia szatni Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż następnego dnia roboczego po zajściu zdarzenia powiadomić policję o zaginięciu lub dokonanej kradzieży mienia.
20. W przypadku zdarzenia mającego znamiona zbiorowego zatrucia pokarmowego, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić najbliższą jednostkę Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
21. Zaspokojenie lub uznanie przez Ubezpieczonego roszczenia o naprawienie szkody, która objęta jest niniejszym ubezpieczeniem, nie ma skutków prawnych względem Towarzystwa, jeżeli Towarzystwo nie wyraziło na to uprzedniej zgody.
22. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 8 DODATKOWY MIESIĄC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o dodatkowy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozszerzona zostaje o dodatkowe 30 dni ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w niniejszej klauzuli, objęci zostają wyłącznie uczniowie ostatnich klas szkół ponadpodstawowych.
4. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 9 JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na nowotwór złośliwy.
2. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 2.000 PLN na wszystkie i na jedno zdarzenie w okresie odpowiedzialności.
3. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
4. Suma ubezpieczenia ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.
5. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowano nowotwór złośliwy, czyli obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina (ziarnica złośliwa). Świadczenie jest należne, jeśli obecność nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii oraz zajdzie konieczność zastosowania leczenia interwencyjnego, operacji lub objęcia Ubezpieczonego opieką paliatywną.

6. Wyłączone są następujące nowotwory złośliwe:
 - 1) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - 2) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów, oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - 3) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
 - 4) nowotwory prostaty histologicznie opisywane jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1 (a) lub T1 (b) lub równoważne według innej klasyfikacji);
 - 5) rak brodawkowaty tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.
7. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii.
8. Świadczenie wypłacane jest po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej, która zawiera potwierdzenie rozpoznania poważnego zachorowania na nowotwór złośliwy określony w ust. 5,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, stanowiących dowód zdarzenia objętego ochroną.
9. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń podstawowych określonych w § 4 OWU.
10. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli nie może zostać rozszerzona dla Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia umowy lub przystąpienia do niej ukończył 25 lat.
11. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
12. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 10 JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, będącego jednym z wymienionych w ust. 2.
2. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowano w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa poważne zachorowanie będące jednym z niżej wymienionych:
 - 1) **sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Wypłata świadczenia dotyczy sepsy rozpoznanej, jako choroba pierwotna i samoistna nie będąca powikłaniem choroby przewlekłej,
 - 2) **śpiączka** – stan utraty przytomności przebiegający u Ubezpieczonego łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych u Ubezpieczonego utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączka farmakologiczna,
 - 3) **transplantacja głównych narządów** – która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego,
 - 4) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach wywołana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, niemożliwa do skorygowania żadną dostępną metodą leczenia,
 - 5) **utrata kończyn** – amputacja jednej z kończyn w przebiegu choroby - z wyłączeniem chorób przewlekłych i metabolicznych lub spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub powyżej,

- b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub powyżej.
3. Świadczenie wypłacane jest po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej, która zawiera potwierdzenie rozpoznania poważnego zachorowania będącego wyłącznie wskazanym w ust. 2 niniejszej klauzuli,
 - 3) dokumentów wskazanych Ubezpieczonemu w trybie związanym z likwidacją szkody, niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, stanowiących dowód zdarzenia objętego ochroną.
 4. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń podstawowych określonych w § 4 OWU.
 5. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach niniejszej klauzuli nie może zostać rozszerzona dla Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia umowy lub przystąpienia do niej ukończył 25 lat.
 6. Świadczenie wypłacane jest ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia.
 7. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 11 UPRAWIANIE SPORTÓW

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, bez konieczności opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o uprawianie sportów.
2. Ochrona ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o uprawianie sportów na treningach i zawodach organizowanych przez pozaszkolne kluby sportowe, z zastrzeżeniem, że nie może to być zarobkowe uprawianie sportu.
3. Do sportów, o których mowa w ust. 1, zalicza się także sporty walki: aikido, capoeira, kendo, kung-fu karate, judo, jujitsu, tai chi, taekwondo, zapasy.
4. Ochroną ubezpieczeniową, o której mowa w niniejszej klauzuli, objęci zostają wyłącznie uczniowie, którzy nie ukończyli 19 roku życia.
5. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

KLAUZULA NR 12 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA DYREKTORA PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

1. Zgodnie z zapisem § 4 ust. 3 OWU, pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o odpowiedzialność cywilną dyrektora placówki oświatowej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna Ubezpieczonego za szkody na osobie i w rzeczowe powstałe w związku z wykonywaniem czynności dyrektora placówki oświatowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność cywilną za szkody powstałe wskutek czynu niedozwolonego, niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków służbowych, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność na zasadach określonych w: ustawie o systemie oświaty, ustawie o systemie informacji oświatowej, Ustawie Karta Nauczyciela oraz innych przepisów prawa określających zadania dyrektora związane z organizacją i zarządzaniem placówką oświatową.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność w granicach odpowiedzialności Ubezpieczonego określonej przepisami prawa pracy lub umowy cywilnoprawnej na podstawie, której Ubezpieczony wykonuje obowiązki służbowe.
6. W zależności od wyboru Ubezpieczającego suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia wynosi 50.000 PLN lub 100.000 PLN.
7. Limit odpowiedzialności na jedno zdarzenie zostaje ograniczony do wysokości 25.000 PLN.
8. Suma gwarancyjna ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę odszkodowania.
9. Oprócz wyłączeń określonych w § 6 OWU Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

wyrządzone z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego,

 - 1) wynikające z okoliczności, o których Ubezpieczony wiedział lub wiedzieć powinien w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) wyrządzone pracownikom placówki oświatowej albo osobom wykonującym w tej placówce czynności zawodowe,

- 3) polegające na zapłacie jakichkolwiek kar pieniężnych, grzywnien sądowych lub administracyjnych, należności umownych oraz należności publicznoprawnych,
 - 4) będące czystymi stratami finansowymi,
 - 5) powstałe w wyniku naruszenia dóbr osobistych, praw własności intelektualnej, patentów, praw autorskich, nazw handlowych, znaków towarowych,
 - 6) powstałe w związku z organizowaniem imprez masowych podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej imprez masowych,
 - 7) w mieniu ruchomym, z którego Ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, leasingu lub innego stosunku prawnego uprawniającego do korzystania z cudzej rzeczy,
 - 8) będące następstwem naruszenia przepisów BHP, rażącego naruszenia regulaminów i aktów wewnętrznych obowiązujących w placówce,
 - 9) związane z przekroczeniem kompetencji lub działaniem bez wymaganego zgodnie z prawem umocowania,
 - 10) których wartość nie przekracza 200 PLN, za wyjątkiem szkód na osobie.
10. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

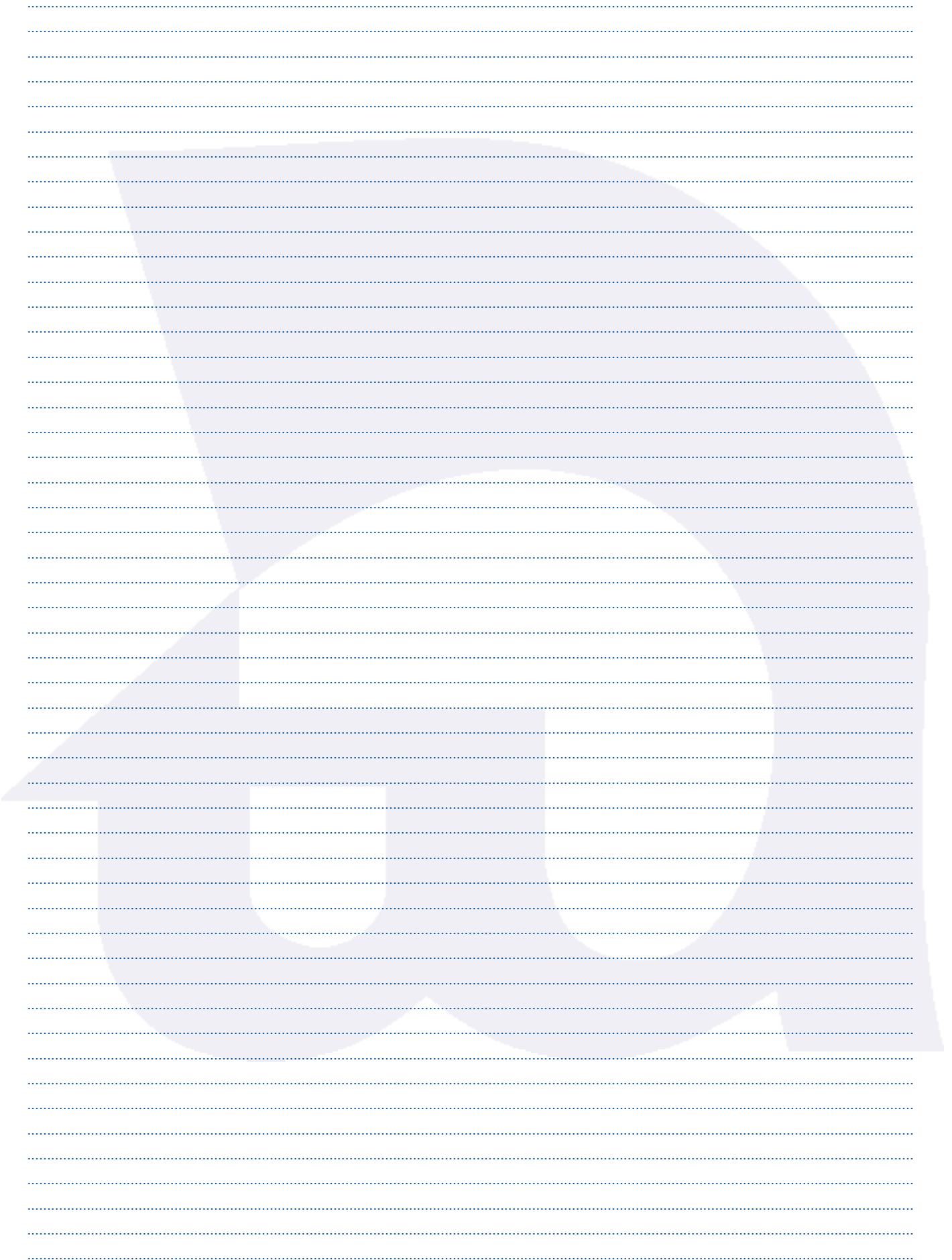
KLAUZULA NR 13 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

1. Zgodnie z zapisem § 5 ust. 3 OWU pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, Towarzystwo rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli o jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w okresie ubezpieczenia w wyniku choroby.
2. Suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 2.000 PLN na wszystkie i jedno zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
3. Suma ubezpieczenia dotyczy jednego Ubezpieczonego.
4. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli jest dzienne świadczenie szpitalne na rzecz Ubezpieczonego, który na podstawie zaleceń lekarza specjalisty musiał poddać się leczeniu szpitalnemu w związku z chorobą, która zostanie zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczenia.
5. Świadczenie wypłacane jest w związku z udokumentowanym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w okresie ubezpieczenia, zaleconym przez lekarza specjalistę w trakcie, którego Ubezpieczony poddany zostanie leczeniu choroby.
6. Świadczenie wypłacane jest za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 3 dnia hospitalizacji i nie dłużej niż 60 dni. W przypadku kolejnych, następujących po sobie pobyków w szpitalu w związku z tą samą chorobą świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu.
7. Świadczenie wypłacane jest przez Towarzystwo na podstawie następujących dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z chorobą, która zawiera: diagnozę lekarską (rozpoznanie), kartę leczenia szpitalnego, wypis ze szpitala.
8. Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 0,2 % sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w wysokości za każdy dzień, łącznie nie więcej niż suma ubezpieczenia określona w niniejszej klauzuli.
9. Pozostałe zapisy OWU nie ulegają zmianie.

NOTATKI

A large, faint watermark of the WU logo is centered on the page. The logo consists of a stylized 'W' and 'U' with a circular element above the 'U'. The page is filled with horizontal dotted lines for writing.

NOTATKI



A series of horizontal dotted lines for taking notes, spanning the width of the page and partially obscured by the watermark.



SIEDZIBA: Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, 02-793 Warszawa, ul. H. Raabego 13,
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS 000033284
NIP 526-10-33-426, REGON 012114579
www.tuw.pl