

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW



TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH
T U W

KARTA INFORMACYJNA ^{*)}

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

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

^{*)} 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 i zakres umowy ubezpieczenia	5
§ 4 Rodzaje i wysokość świadczeń	5
§ 5 Wyłączenia ogólne z zakresu ubezpieczenia	6
§ 6 Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
§ 7 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa	7
§ 8 Suma ubezpieczenia	7
§ 9 Składka ubezpieczeniowa	7
§ 10 Obowiązki Towarzystwa	7
§ 11 Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	8
§ 12 Ustalenie i wypłata świadczeń	8
§ 13 Rozpatrywanie reklamacji	9
§ 14 Rozwiązywanie sporów	10

ZAŁĄCZNIK NR 1 – KLAUZULE DODATKOWE	10
Klauzula nr 1 – Dzielne świadczenie szpitalne	10
Klauzula nr 2 – Zwrot kosztów leczenia	11
Klauzula nr 3 – Zwrot kosztów rehabilitacji	11
Klauzula nr 4 – Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	11
Klauzula nr 5 – Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania	12
Klauzula nr 6 – Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	12
Klauzula nr 7 – Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy ...	13

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW”, zwane dalej „Towarzystwem”, z Ubezpieczającym na zasadach określonych tymi warunkami.
2. Umowy ubezpieczenia zawiera się z Członkami Towarzystwa. Towarzystwo może zawierać umowy ubezpieczenia także z osobami nie będącymi Członkami Towarzystwa.
3. 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.
4. Ubezpieczenie obejmuje zakres i przedmiot ubezpieczenia wskazany w umowie ubezpieczenia z określeniem sumy ubezpieczenia i zakresu terytorialnego.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek. W takim przypadku postanowienia OWU dotyczące Ubezpieczonego odnoszą się odpowiednio do Ubezpieczającego.
6. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w § 11 do niniejszych OWU spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba, że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
7. W przypadku ubezpieczenia 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.
8. Zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia mogą być dokonywane na piśmie albo drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia wyraził na to zgodę.
9. 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

Użyte w OWU określenia oznaczają:

- 1) **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,
- 2) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy, inne niż działanie zdrowego organizmu,

3) klasy ryzyka zawodowego:

- a) **klasa I** – osoby wykonujące pracę w biurach, placówkach oświatowych, naukowych, leczniczych, artystycznych, kulturalnych, usługach dla ludności, gastronomii i hotelarstwie, rzemiośle ręcznym (tj. wykonywanie prac manualnie lub przy użyciu narzędzi ręcznych lub podręcznych maszyn np. maszyna do szycia), osoby duchowne, a także osoby nie pracujące w wieku do 67 lat, dzieci i osoby uczące się w wieku do 25 roku życia,
 - b) **klasa II** – osoby wykonujące pracę poza biurem w handlu, rolnictwie, budownictwie, leśnictwie, przemyśle (z wyjątkiem ryzyk określonych w klasie III), transporcie, gazownictwie, służbie weterynaryjnej, rzemiośle zmechanizowanym (tj. wykonywanie prac przy użyciu maszyn i urządzeń), żegludze, lotnictwie, wojsku, policji, straży miejskiej, straży pożarnej, ratownicy medycznej, pracownicy służby więziennej,
 - c) **klasa III** – osoby wykonujące pracę w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, przemyśle górnictwa i kopalnictwa, saperzy i inne osoby zatrudnione przy materiałach wybuchowych, policjanci służb specjalnych, nurkowie, oblatywacze samolotów, ratownicy górscy, kaskaderzy, treserzy dzikich zwierząt, ujeżdźacze i trenerzy koni sportowych, akrobaci, sportowcy, a także osoby w wieku powyżej 67 lat,
- 4) **Klient** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia oraz poszukujący ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju w którym świadczy usługi (w tym na terytorium RP na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty), wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
 - 6) **nieszczęśliwy wypadek:**
 - a) zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, nie wynikające ze stanu zdrowia, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub które spowodowały zgon,
 - b) zawał serca i udar mózgu wywołany przyczyną wewnętrzną, wynikający ze stanu zdrowia w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub które spowodowały zgon; rozszerzenie ochrony o zawał serca i udar mózgu dotyczy osób w wieku do 67 lat oraz osób po 67 roku życia w ramach kontynuacji umowy ubezpieczenia,
 - 7) **odmrożenie** – spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem proces chorobowy obejmujący uszkodzenie skóry wskutek zadziałania czynnika termicznego (niskie temperatury) lub chemicznego na organizm człowieka, z zastrzeżeniem, iż w myśl postanowień niniejszej definicji objęte ochroną są odmrożenia co najmniej II stopnia; stopień odmrożenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów zdrowotnych ICD-10,
 - 8) **oparzenie** – spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem proces chorobowy obejmujący uszkodzenie skóry wskutek zadziałania czynnika termicznego (wysokiej temperatury), chemicznego lub elektrycznego na organizm człowieka, z zastrzeżeniem, iż w myśl postanowień niniejszej definicji objęte ochroną są oparzenia co najmniej II stopnia; stopień oparzenia określany jest w dokumentacji medycznej przez lekarza zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów zdrowotnych ICD-10,
 - 9) **operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu; operacją nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych,
 - 10) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie oszpeceń, okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego leczenie jako niezbędna część procesu leczenia,
 - 11) **osoba bliska** – małżonek, małżonka, konkubent, konkubina, dzieci (w tym przysposobione lub przyjęte na wychowanie), pasierb, pasierbica, rodzice, ojczym, macocha, teściowie, przysposabiający, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo, zięciowie, synowie oraz osoby pozostające z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 12) **osoba z niepełnosprawnością** – osoba, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy wskutek nieszczęśliwego wypadku trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza, bądź uniemożliwia funkcjonowanie, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej,

- 13) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w klinice lub szpitalu, trwający nieprzerwanie, nie krócej niż 1 dobę; 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; jeżeli w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego.
- 14) **poważne zachorowanie** – stan organizmu niespowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, zdiagnozowany przez lekarza specjalistę, mający potwierdzenie w dokumentacji medycznej oraz objęty zakresem odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z postanowieniami klauzuli dodatkowej.
- 15) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne w procesie leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zalecone przez uprawnionego lekarza, są to: protezowe wkładki do butów, protezy, ortozy, pasy biodrowe z szyną/szynami, kosze biodrowe, szyny, gorsety odciążające – stabilizujące, gorsety korekcyjne, pasy stabilizujące, kołnierze sztywne/półsztywne, obuwie ortopedyczne, rękawy uciskowe, nogawice uciskowe, soczewki okularowe i kontaktowe, protezy oka, lupy, monokulary, okulary, aparaty słuchowe, wkładki uszne, systemy wspomagające słyszenie, aparaty wspomagające mowę, rurki tracheostomijne wraz z zapasowymi wkładkami, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych, cewniki zewnętrzne, cewniki urologiczne i sprzęt urologiczny, worki stomijne, aparaty z maską do leczenia obturacyjnego, nebulizatory, sprężarki powietrza, inhalatory membranowe, sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego, pończochy kikutowe, pasy przepuklinowe, pasy brzuszne, poduszki i materace przeciwdleżynowe, kule, trójnogi, czworonogi, laski dla niewidomych, balkoniki i podpórki, pionizatory, stabilizatory w pozycji siedzącej i leżącej, wózki inwalidzkie, siedziska ortopedyczne, pelzaki, zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej, zbiorniki na insulinę, glukometry i systemy ciągłego monitorowania glikemii, peruki, pieluchomajtki.
- 16) **rehabilitacja** – zlecone przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne zabiegi udzielane przez osoby uprawnione do udzielania ww. świadczeń, realizowane metodą kinezyterapii, fizjoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 17) **reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jego Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- 18) **rekreacyjne uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie, nie w celach zarobkowych, forma aktywności fizycznej Ubezpieczonego, polegająca na uprawianiu dyscypliny sportu w celu odpoczynku i/lub rozrywki, niezwiązana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych organizowanych przez kluby, związki lub organizacje sportowe, wykonywana w czasie wolnym od obowiązków zawodowych lub szkolnych; z wyłączeniem sportów wymienionych w pkt 21.
- 19) **sporty o charakterze wyczynowym** – sporty uprawiane w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych w ramach uczestnictwa w imprezach sportowych, jak również treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub sportowych, przez osoby będące członkami klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również sporty o charakterze zawodowym; w celu sklasyfikowania ryzyka ubezpieczeniowego ustala się następujące klasy wyczynowego uprawiania sportów:
- klasa I** – tenis stołowy, kręglarstwo, wędkarstwo, golf, krykiet, bilard, pływanie, taniec,
 - klasa II** – tenis ziemny, gimnastyka akrobatyczna i sportowa, lekkoatletyka, wioślarstwo, żeglarstwo, łyżwiarstwo, kajakarstwo (z wyjątkiem górskiego), łucznictwo, strzelectwo, kolarstwo (z wyjątkiem górskiego), szermierka, piłka wodna,
 - klasa III** – narciarstwo i wszystkie jego odmiany, snowboard, trekking, hokej na lodzie, hokej na trawie, bobsleje, squash, rugby, gry zespołowe (piłka nożna, ręczna, siatkowa, koszykówka, etc), zapasy, podnoszenie ciężarów, sporty saneczkarskie i inne sporty nie wymienione w klasie I i II z wyłączeniem sportów wymienionych w pkt 21,
- 20) **sporty o charakterze zawodowym** – sporty uprawiane przez:
- osoby będące członkami klubów, wprawiające sporty indywidualnie lub w ramach gier zespołowych biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy,
 - osoby uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie czy zespołowo,
- 21) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi, często wiążące się z działaniem w warunkach dużego ryzyka utraty życia lub zdrowia takie jak: abseiling (zjeżdżanie na linie), alpinizm, baloniarstwo, bouldering (wspinaczka bez użycia asekuracji liną), baseball, biegi długodystansowe, biegi na orientację w terenie, cliff jumping (skoki z klifów), dosiadanie i jazda na zwierzętach wierzchołkowych i pociągowych, downhill (zjazd rowerem po stromych, naturalnych stokach), flyboard, football amerykański, free skiing (jazda na nartach poza oznaczonymi trasami), free snowboarding (jazda na snowboardzie poza oznaczonymi trasami), heliboarding (zjazd na desce poza wyznaczonymi trasami ze stoku, na który transport odbywa się helikopterem), heliskiing (zjazd na nartach poza wyznaczonymi trasami ze stoku, na który transport odbywa się helikopterem), hydrospeed (spływ górską rzeką na plastikowej desce), hokej podwodny, jazda quadem, jazda motocyklem lub samochodem po zamkniętym torze wyścigowym, jazda rowerem po górach (mountain biking), jazda w snowparku (miejscu przeznaczonym do uprawiania sportów zimowych dla snowboardzistów oraz narciarzy), kajakarstwo górskie, kitesurfing (ślizg na przystosowanej do tego desce po wodzie, przy użyciu specjalnego latawca), kolarstwo górskie, longboard skateboarding (jazda na wydłużonej deskorolce), lotniarstwo, motocross (jazda motocyklem po torze terenowym do tego przystosowanym), motocyklowe i samochodowe rajdy terenowe, motolotniarstwo, myślistwo, nurkowanie z automatem oddechowym na głębokość większą niż 30 m p.p.m., parasailing (szybowanie przy użyciu miękkopłatu), parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, pływanie jachtem żaglowym/jachtem motorowym w odległości powyżej 20 mil morskich od brzegu, polo, paralotniarstwo, polowanie z użyciem broni palnej lub pneumatycznej, psie zaprzęgi, rafting (spływ rzeką na tratwach, łodziach, kajakach, pontonach), rekonstrukcje historyczne, rock jumping, skoki na bungee (skoki na gumowej linie), skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speedway (sport żużlowy), speleologia (eksploracja jaskiń), speedrower, skoki do wody, surfing i wszystkie jego odmiany, szybownictwo, trekking (wędrówka) z użyciem sprzętu zabezpieczającego (liny, raki, czekan, uprząż), triathlon, wakeboarding (ślizg na przystosowanej do tego desce po wodzie na wyciągu lub za motorówką), windsurfing, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska (powyżej 5 500 m n.p.m.), wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (obszary podbiegunowe, dżungle, lodowce, pustynie).
- 22) **suma ubezpieczenia** – wskazana w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa ustalona na poszczególne ryzyka za szkody powstałe w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- 23) **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, działający na podstawie przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych obowiązujących na terytorium danego państwa, 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, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ośrodków i oddziałów rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych, wypoczynkowych i leczenia uzależnień oraz szpitali sanatoryjnych i szpitali jednodniowych.
- 24) **trwała niezdolność do pracy** – powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku całkowita i trwała niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy przez Ubezpieczonego, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej albo w ramach prowadzonej działalności gospodarczej, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy w przyszłości, orzeczona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w okresie nie później niż 24 miesiące od dnia zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 25) **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.
- 26) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia na podstawie OWU i zobowiązana jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej,

- 27) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia na podstawie OWU,
- 28) **udar mózgu (TIA - transient ischaemic attack)** – wystąpienie zaburzeń czynności mózgu, trwające minimum 24h, powodujące uszkodzenie tkanki mózgowej, przebiegające nagle, powstałe w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych lub zaburzeń przepływu krwi (zakrzep, zator, krwotok), z wyjątkiem przemijających epizodów krążeniowo-mózgowych, trwających krócej niż 24 godziny i niepozostawiających trwałych następstw neurologicznych,
- 29) **uraz przeciążeniowy** – uraz o charakterze nawracającym i przewlekłym, powstały wskutek częstych, powtarzających się, nadmiernych obciążeń układu mięśniowo – szkieletowego,
- 30) **zawał serca** – (infarctus myocardii) 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,
- 31) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres umowy ubezpieczenia

§ 3

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na terenie całego świata.
- Świadczenia na podstawie Klauzul dodatkowych nr 1, 5 - 7 są zapewnione na terenie całego świata. Natomiast świadczenie na podstawie Klauzul dodatkowych nr 2 - 4 są zapewnione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielna jest w wariancie pełnym lub ograniczonym.
- Ochrona ubezpieczeniowa w wariancie pełnym jest całodobowa i trwa 7 dni w tygodniu przez cały okres ubezpieczenia, obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, które powstały: podczas wykonywania pracy, nauki lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia, podczas drogi do/z miejsca ich wykonywania oraz w życiu prywatnym.
- Ochrona ubezpieczeniowa w wariancie ograniczonym obejmuje następstw nieszczęśliwych wypadków, które powstały: podczas wykonywania pracy, nauki lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia i podczas drogi do/z miejsca ich wykonywania.
- Z umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przysługują następujące świadczenia:
 - Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała,
 - Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
 - Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osoby z niepełnosprawnością,
 - Zwrot kosztów operacji plastycznych.
- Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków może zostać rozszerzone o następujące klauzule dodatkowe:
 - Klauzula nr 1 – Dienne świadczenie szpitalne,
 - Klauzula nr 2 – Zwrot kosztów leczenia,
 - Klauzula nr 3 – Zwrot kosztów rehabilitacji,
 - Klauzula nr 4 – Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego,
 - Klauzula nr 5 – Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania,
 - Klauzula nr 6 – Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego,
 - Klauzula nr 7 – Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy.
- Po opłaceniu dodatkowej składki zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w ust. 6 i ust. 7 może zostać rozszerzony o następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych w wyniku:
 - uprawiania sportów o charakterze wyczynowym,
 - uprawiania sportów wysokiego ryzyka.
- Możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 7 dotyczy wyłącznie umów ubezpieczenia zawartych na okres nie krótszy niż 12 miesięcy.

Rodzaje i wysokość świadczeń

§ 4

- Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu** wypłacane jest w wysokości równej 1% sumy ubezpieczenia za każdy określony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu. Maksymalna kwota świadczenia nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwego wypadku w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, powstałego nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- 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 terenowej jednostce organizacyjnej Towarzystwa oraz na stronie internetowej www.tuw.pl.
- 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.
- Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała** wypłacane jest Ubezpieczonemu po stwierdzeniu przez Towarzystwo związku przyczynowego - skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
- Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała wypłacane jest na podstawie wskaźników w poniższej tabeli pod warunkiem, że Ubezpieczony uległ oparzeniu co najmniej II stopnia.

Rodzaj oparzenia/odmrożenia	Wskaźnik procentowy
oparzenie/odmrożenie II stopnia do 5% powierzchni ciała	5
oparzenie/odmrożenie II stopnia od 5% do 20% powierzchni ciała	10
oparzenie/odmrożenie II stopnia powyżej 20% do 30% powierzchni ciała	25
oparzenie/odmrożenie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	35
oparzenie/odmrożenie III stopnia do 5% powierzchni ciała	10
oparzenie/odmrożenie III stopnia od 5% do 30% powierzchni ciała	20
oparzenie/odmrożenie III stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	50
oparzenie/odmrożenie IV stopnia do 5% powierzchni ciała	20
oparzenie/odmrożenie IV stopnia od 5% do 30% powierzchni ciała	40
oparzenie/odmrożenie IV stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	60

- Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała wypłacane jest w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia i wskaźnika procentowego określonego w tabeli zamieszczonej w ust. 6 w zależności od rodzaju i zakresu oparzenia lub odmrożenia.
- Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych** poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem następuje po stwierdzeniu przez Towarzystwo związku przyczynowego - skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i koniecznością zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zleconych przez lekarza.
- Świadczenie z tytułu nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wypłacane jest w wysokości kosztów, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jednak nie więcej niż do wysokości 25% sumy ubezpieczenia.
- Towarzystwo zwróci poniesione przez Ubezpieczonego udokumentowane koszty przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o ile zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo zwróci poniesione przez Ubezpieczonego udokumentowane koszty nabycia (w tym wypożyczenia) przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych pod warunkiem, że nie znajdują się w zakresie refundacji lub nie zostały zrefundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub przez inny zakład ubezpieczeń.

12. **Zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego osoby z niepełnosprawnością** poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem następuje po stwierdzeniu przez Towarzystwo związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy trwałym uszczerbkiem na zdrowiu zaistniałym w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który spowodował całkowitą niezdolność do pracy w zawodzie dotychczas wykonywanym przez Ubezpieczonego lub zawodzie co do którego posiada kwalifikacje oraz koniecznością przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego.
13. Świadczenie z tytułu przekwalifikowania zawodowego osoby z niepełnosprawnością wypłacane jest w wysokości kosztów, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jednak nie więcej niż do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
14. Towarzystwo zwróci poniesione przez Ubezpieczonego udokumentowane koszty przekwalifikowania zawodowego osoby z niepełnosprawnością, o ile zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
15. Koszty przekwalifikowania zawodowego osoby z niepełnosprawnością zwracane są wyłącznie, gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego i orzeczenie to zostało wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub KRUS oraz gdy nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, że zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
16. **Zwrot kosztów operacji plastycznych** poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem następuje po stwierdzeniu przez Towarzystwo związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy trwałym uszczerbkiem na zdrowiu zaistniałym w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim.
17. Świadczenie z tytułu operacji plastycznych wypłacane jest w wysokości kosztów, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jednak nie więcej niż do wysokości 25% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie więcej niż 2 500 PLN.
18. Towarzystwo zwróci poniesione przez Ubezpieczonego udokumentowane koszty operacji plastycznych mających na celu usunięcie okaleczeń ciała, oszpeceń i deformacji powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że zostały one poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.

Wyłączenia ogólne z zakresu ubezpieczenia

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków nie obejmuje odpowiedzialności za szkody:
 - 1) powstałe przed datą początku okresu ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) powstałe w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia, jeżeli miało to wpływ na powstanie szkody,
 - 3) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego lub osobę bliską,
 - 4) wyrządzone przez Ubezpieczonego w wyniku rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 5) powstałe w związku z samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem samobójstwa, okaleczeniem na własną prośbę bez względu na stan poczytalności Ubezpieczonego w chwili popełniania wymienionego czynu,
 - 6) wyrządzone w stanie po użyciu alkoholu, 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, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) powstałe w wyniku prowadzenia wszelkiego rodzaju pojazdów lub obsługiwanie maszyn i urządzeń bez wymaganych uprawnień, jeżeli miało to wpływ na powstanie nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) będące następstwem uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem lub wykonywaniem zabiegów leczniczych,
 - 9) będące następstwem błędów w sztuce lekarskiej i eksperymentów medycznych,
 - 10) będących następstwem zabiegów kosmetycznych
 - 11) powstałe wskutek zaburzeń psychicznych lub napadów epileptycznych Ubezpieczonego,
 - 12) powstałe wskutek przerwania leczenia, mimo zaleceń lekarza co do dalszej jego kontynuacji,
 - 13) powstałe w wyniku czynnego i zamierzonego udziału Ubezpieczonego w bójkach lub innych aktach przemocy, za które uważa się fizyczną walkę, podczas której osoby atakują i bronią się nawzajem, gdzie każdy z uczestników dobrowolnie i świadomie

- przyjmuje i godzi rolę napastnika z rolą napadniętego, z 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,
- 14) powstałe w następstwie działań wojennych, rewolucji, niepokojów społecznych, blokady dróg, konfiskat, strajków, zamieszek, rozruchów, sabotażu lub manifestacji,
 - 15) powstałe wskutek aktów terrorystycznych, tj. działań indywidualnych lub grupowych skierowanych przeciwko ludności lub mieniu, które są organizowane z użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia z pobudek politycznych, religijnych, ideologicznych, społecznych lub ekonomicznych w celu wywarcia wpływu na rząd, wywołania chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego,
 - 16) powstałe 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,
 - 17) powstałe wskutek uprawiania wszelkich sportów wysokiego ryzyka, chyba że umówiono się inaczej,
 - 18) powstałe wskutek uprawiania sportów o charakterze wyczynowym, chyba że umówiono się inaczej,
 - 19) powstałe wskutek posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami i środkami o podobnym działaniu, a także posługiwania się bronią, także w przypadku, gdy to użycie broni miało charakter zawodowy,
 - 20) powstałe wskutek uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym,
 - 21) powstałe w wyniku zawału serca lub udaru mózgu u osób w wieku powyżej 67 lat, jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi kontynuacji ubezpieczenia.
2. Ponadto z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są utracone korzyści i straty rzeczywiste powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, w tym utrata, uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy osobistych należących do Ubezpieczonego, a także zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne. Wszystkie postanowienia dotyczące wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa dotyczą także klauzul dodatkowych, chyba że postanowienia szczególne w klauzulach dodatkowych stanowią inaczej.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 6

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego sporządzonego w formie pisemnej na formularzu wniosko-polisy lub w inny sposób.
2. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wniosko-polisą.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania od Ubezpieczającego dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka, w tym dostarczenia dokumentacji medycznej.
4. Umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków może zostać zawarta:
 - 1) indywidualnie w formie imiennej,
 - 2) grupowo w formie imiennej lub w formie bezimiennej.
5. Umowa ubezpieczenia w formie indywidualnej może być zawarta na rachunek jednej osoby.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej – minimalna liczba osób ubezpieczonych wynosi dwie, wszystkie osoby objęte zostają ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie ubezpieczenia, z takimi samymi sumami ubezpieczenia/ limitami odpowiedzialności, rozszerzeniami zakresu ochrony ubezpieczeniowej i na taki sam okres ubezpieczenia:
 - 1) 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, jeżeli nie nadano nr PESEL,
 - 2) 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, jeżeli nie nadano nr PESEL.
7. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia możliwe jest objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 7

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że strony umowy się inaczej. Towarzystwo dopuszcza możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 12 miesięcy (ubezpieczenie krótkoterminowe), z zastrzeżeniem paragrafu 3, ust 9.
- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, o ile nie umówiono się inaczej.
- 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.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania:
 - w przypadku umów zawartych na okres 12 miesięcy ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia,
 - w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 12 miesięcy za skutkiem natychmiastowym.
- W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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.
- Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z upływem okresu ubezpieczenia,
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia, wypowiedzenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - w przypadku opłacenia składki ubezpieczeniowej w ratach – z bezskutecznym upływem dodatkowego terminu 7 dni od dnia otrzymania od Towarzystwa pisma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, wysłanego po upływie terminu jej płatności,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia lub górnej granicy odpowiedzialności.
- Wypłata odszkodowania lub odszkodowań w wysokości równej sumie ubezpieczenia lub limitu odpowiedzialności na dany rodzaj zdarzeń ubezpieczeniowych powoduje zaprzestanie odpowiedzialności w części dotyczącej zakresu ubezpieczenia i stanowi całkowite spełnienie świadczenia z tytułu tej części umowy ubezpieczenia.

Suma Ubezpieczenia

§ 8

- Sumę ubezpieczenia na jednego Ubezpieczonego ustala Ubezpieczający.
- Wysokość sumy ubezpieczenia jest jednakowa w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia.
- Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w okresie ubezpieczenia stanowi:
 - w odniesieniu do jednej osoby suma ubezpieczenia określona we wniosko-polisie,
 - w odniesieniu do umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia na jedną osobę pomnożona przez liczbę osób objętych ochroną ubezpieczeniową.
- Łączna wysokość wypłaconych świadczeń z zakresu określonego w § 3 ust. 6 w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określonej w umowie ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia ulega każdorazowo zmniejszeniu o wypłacone świadczenie, aż do jej wyczerpania, także w przypadku, jeśli wypłata świadczenia będzie dotyczyła limitu odpowiedzialności dla danego rodzaju świadczeń lub zdarzeń ubezpieczeniowych.
- Odrębne sumy ubezpieczenia stanowiące górną granicę odpowiedzialności zostały określone w poszczególnych klauzulach dodatkowych. Sumy ubezpieczenia określone w klauzulach dodatkowych są niezależne od sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

- Sumy ubezpieczenia określone w poszczególnych klauzulach dodatkowych nie mogą być wyższe niż suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z zastrzeżeniem, że suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w Klauzuli nr 6 – Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nie może być wyższa niż 50% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

Składka ubezpieczeniowa

§ 9

- Składkę ubezpieczeniową ustala się w oparciu o obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia Taryfę stawek do Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków z uwzględnieniem:
 - zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia i zastosowanych klauzul dodatkowych,
 - sumy ubezpieczenia,
 - okresu ubezpieczenia,
 - rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy lub innych czynności, podczas których Ubezpieczony objęty jest ochroną,
 - zniżek i zwrytek,
 - częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej,
 - liczby ubezpieczonych osób,
 - indywidualnej oceny ryzyka.
- W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od określonych w OWU lub klauzulach dodatkowych, wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest indywidualnie w uzgodnieniu z Ubezpieczającym.
- Na wniosek Ubezpieczającego składka ubezpieczeniowa może być rozłożona na raty.
- Termin płatności rat i ich wysokość są wskazane we wniosko-polisie.
- W ubezpieczeniach krótkoterminowych, tj. ubezpieczeniach zawieranych na okres krótszy niż jeden rok, składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo.
- W przypadku płatności składki ubezpieczeniowej lub jej raty gotówką za datę opłacenia składki ubezpieczeniowej uznaje się datę, w której należna składka ubezpieczeniowa lub jej rata została przyjęta przez pracownika Towarzystwa lub agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa.
- W przypadku płatności składki ubezpieczeniowej lub raty składki ubezpieczeniowej przelewem bankowym, przekazem pocztowym lub kartą płatniczą, za datę opłacenia składki ubezpieczeniowej uznaje się datę zlecenia przelewu w banku, dokonania przekazu w urzędzie pocztowym na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa lub datę operacji kartą płatniczą, o ile na rachunku bankowym Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki pieniężne. W przypadku braku wystarczających środków pieniężnych na rachunku bankowym Ubezpieczającego za datę opłacenia składki ubezpieczeniowej lub raty składki ubezpieczeniowej uznaje się dzień uznania rachunku bankowego Towarzystwa pełną kwotą wymaganej składki ubezpieczeniowej lub jej raty.
- Składka ubezpieczeniowa za zawarcie umowy uzupełniającej naliczana jest proporcjonalnie do końca okresu ubezpieczenia przy założeniu, że składka ubezpieczeniowa wynosi 1/365 kwoty ustalonej składki ubezpieczeniowej rocznej za każdy dzień udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 8 pkt 2, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 11.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi wynosi 1/365 kwoty składki ubezpieczeniowej rocznej za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązanie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

Obowiązki Towarzystwa

§10

- W terminie 7 dni od daty otrzymania zgłoszenia szkody Towarzystwo informuje Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, o fakcie przyjęcia zgłoszenia szkody, jak też o dokumentach jakie są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia – jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. Jeżeli w terminie określonym w § 12 ust. 2 i 3 niniejszych OWU Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a jeśli istnieją podstawy także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż kwota określona roszczeniem, Towarzystwo informuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem o okolicznościach oraz o podstawie prawnej, uzasadniających całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia, mają prawo do informacji związanych z zdarzeniem ubezpieczeniowym będących podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz ustalenia okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia z wyjątkiem ograniczeń wynikających z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego i ustawy z dnia 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych.
5. Na żądanie Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym, Towarzystwo obowiązane jest udzielić mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 11

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pyta przed zawarciem umowy ubezpieczenia na formularzu wniosko-polisy 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) braku wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. 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 zaistnienia nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dążyć do zmniejszenia skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i wskazanemu 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 zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 14 dni od daty jego zaistnienia, a w przypadku zaistnienia okoliczności uniemożliwiających zgłoszenie szkody w wyznaczonym terminie – nie później niż po upływie 14 dni od ustania okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie szkody,
 - 5) dostarczyć dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia wymienione w § 12 ust. 6, informujące o okolicznościach zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,

przebiegu leczenia, poniesionych kosztach; w przypadku, gdy Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi podczas wykonywania czynności wymagających posiadania uprawnień, Ubezpieczony winien jest dostarczyć dokument uprawniający go do wykonywania tych czynności,

- 6) umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji na temat okoliczności zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, doznanych uszczerbków ciała, rozstroju zdrowia w tym u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po nieszczęśliwym wypadku,
- 7) poddać się na żądanie Towarzystwa badaniu przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.
7. W razie śmierci Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest dostarczyć do Towarzystwa akt zgonu i dokumenty potwierdzające uprawnienie do otrzymania świadczenia oraz okazać do wglądu swój dokument tożsamości ze zdjęciem.
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 któregośkolwiek z pozostałych obowiązków określonych w ust. 6 Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części, jeżeli niedopełnienie obowiązków miało wpływ na zwiększenie rozmiarów szkody, ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub ustalenie 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.

Ustalenie i wypłata świadczeń

§ 12

1. Wypłata świadczenia następuje na podstawie uznania roszczenia przez Towarzystwo, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu na podstawie pełnej dokumentacji, określonej w niniejszych OWU, przedłożonej przez Ubezpieczonego lub inną osobę uprawnioną z umowy ubezpieczenia albo osobę występującą w ich imieniu.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o zaistnieniu zdarzeniu ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 2 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności albo wysokości wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie określonym 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. Świadczenia określone w § 3 ust. 6 i 7 niniejszych OWU, z wyłączeniem świadczenia określonego w Klauzuli nr 5 – Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, przysługują o ile istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zdarzeniem objętym ochroną ubezpieczeniową.
6. Towarzystwo wypłaca świadczenia na podstawie otrzymanej dokumentacji:
 - 1) pisemnego zgłoszenia o zaistniałym zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) opisu okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) postanowienia Prokuratury lub Sądu, o ile zostały wydane,
 - 4) notatki policyjnej z miejsca zdarzenia w przypadku zawiadomienia Policji,
 - 5) oświadczenia o posiadanych uprawnieniach do kierowania pojazdem oraz kserokopii dowodu rejestracyjnego (w przypadku wypadku komunikacyjnego),
 - 6) protokołu BHP (w przypadku wypadku przy pracy),
 - 7) aktu zgonu, zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty zgonu,

- 8) zaświadczenia wystawionego przez Ubezpieczającego, potwierdzającego, iż osoba, która uległa wypadkowi, w chwili zaistnienia zdarzenia była pracownikiem Ubezpieczającego lub uczestnikiem wycieczki, szkolenia, o ile umowa ubezpieczenia została zawarta na rachunek tej osoby,
 - 9) dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie pomocy medycznej (karta informacyjna SOR, Izby Przyjęć, Pogotowia Ratunkowego, karta informacyjna z ambulatorium urazowego przyszpitalnego lub inny dokument medyczny),
 - 10) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu, zawierającej diagnozę lekarską, potwierdzającą konieczność stosowania środków pomocniczych i ortopedycznych,
 - 11) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność wykonania operacji plastycznej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń, zawierającej opinię psychologa i diagnozę lekarską,
 - 12) dokumentacji z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - 13) dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia skutków doznanych urazów (karta leczenia szpitalnego, historia choroby z leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacyjnego, historia choroby z gabinetu lekarza specjalisty, opisy wyników badań),
 - 14) orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub KRUS,
 - 15) oryginałów faktur albo rachunków wystawionych na Ubezpieczonego za wydatki poniesione w trakcie leczenia wraz z zaświadczeniem lekarskim uzasadniającym te wydatki,
 - 16) oryginałów faktur albo rachunków wystawionych na uprawnionego z umowy ubezpieczenia za wydatki poniesione w związku z pokryciem kosztów pogrzebu.
7. Dokumentacja wystawiana przez placówki medyczne lub lekarzy specjalistów, musi być wystawiona imiennie na Ubezpieczonego oraz posiadać dane teleadresowe ww. podmiotów.
 8. W sytuacji, kiedy nieszczęśliwy wypadek miał miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumentacja medyczna powinna zostać dostarczona do Towarzystwa wraz z tłumaczeniami na język polski.
 9. Zasadność i wysokość świadczenia Towarzystwo określa na podstawie dokumentacji medycznej lub orzeczenia lekarskiego dotyczących Ubezpieczonego. W przypadku zwrotu kosztów wysokość świadczenia określana jest na podstawie wystawionych na Ubezpieczonego oryginałów faktur albo rachunków. Towarzystwo ma prawo do weryfikacji przedstawionej dokumentacji oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
 10. Towarzystwo wypłaca świadczenie do wysokości sum ubezpieczenia w ramach poszczególnych ubezpieczeń z uwzględnieniem obowiązujących limitów.
 11. Łączna wysokość świadczeń określonych w § 3 ust. 6 wypłaconych w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków określonej w dokumencie potwierdzającym ochronę ubezpieczeniową.
 12. Towarzystwo może wystąpić do Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie zgody na wystąpienie Towarzystwa do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), okoliczności nieszczęśliwego wypadku, ustaleniu praw osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, w szczególności do lekarzy lub innych podmiotów, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Ubezpieczonym po wypadku.
 13. W celu potwierdzenia stanu zdrowia Ubezpieczonego, Towarzystwo może zażądać od niego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które wykonane zostaną przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
 14. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się w wysokości stanowiącej taki procent ustalonej sumy ubezpieczenia, jaki wynika z Tabeli wskazanej w § 4 ust. 3.
 15. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku doszło do wielu uszczerbków na zdrowiu, świadczenie ustala się po zsumowaniu procentów sumy ubezpieczenia odpowiadających poszczególnym trwałym uszczerbkom na zdrowiu, przy czym wysokość świadczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
 16. W razie śmierci Ubezpieczonego przed upływem 24 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowym z nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
 17. 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 pomiędzy stopniem właściwym dla danego organu po nieszczęśliwym wypadku a stopniem uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 18. 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.
 19. W uzasadnionych przypadkach, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu może być ustalony na podstawie zaocznej opinii lekarskiej, badań przeprowadzonych przez lekarza powołanego przez Towarzystwo lub komisji lekarskiej; w takich przypadkach Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie orzeczenia lekarskiego lub orzeczenia komisji lekarskiej.
 20. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, oparzenia lub odmrożenia, a następnie zmarł na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobie Uprawionej tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego Ubezpieczonemu z tytułu doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu, oparzenia lub odmrożenia, przy czym potrąca się uprzednio wypłaconą z tego tytułu kwotę.
 21. W przypadku, gdy stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu, oparzenia lub odmrożenia nie zostały ustalone przed śmiercią Ubezpieczonego, przyjmuje się stopień trwałego uszczerbku, oparzenia lub odmrożenia orzeczony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.
 22. W razie śmierci Ubezpieczonego zwrot poniesionych przez niego kosztów związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu ubezpieczeń wskazanych w umowie ubezpieczenia przysługuje uprawnionemu z umowy ubezpieczenia na podstawie aktu zgonu.
 23. W razie śmierci Ubezpieczonego niebędącej następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, Towarzystwo wypłaca to świadczenie osobom wymienionym w ust. 25 - 27.
 24. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłacane jest Ubezpieczonemu, a w razie jego śmierci – uprawnionemu z umowy ubezpieczenia.
 25. W przypadku braku wskazania uprawnionego lub gdy wyznaczenie uprawnionego z umowy ubezpieczenia stało się bezskuteczne, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłaca się członkowi rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) dzieciom – w przypadku braku małżonka,
 - 3) rodzicom – w przypadku braku małżonka i dzieci,
 - 4) rodzeństwu – w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców,
 - 5) innym ustawowym spadkobiercom zmarłego – w pozostałych przypadkach.
 26. Jeżeli świadczenie przysługuje kilku osobom, dzieli się je między te osoby w równych częściach.
 27. W sytuacji, gdy suma wskazań procentowych uprawnionych z umowy ubezpieczenia nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
 28. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
 29. Towarzystwo wypłaca świadczenie wyłącznie w złotych polskich (PLN) przelewem na wskazany przez uprawnionego z umowy ubezpieczenia rachunek bankowy lub przekazem pocztowym na adres, znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niezależnie od tego, gdzie powstała szkoda.

Rozpatrywanie reklamacji

§ 13

1. W przypadku zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo, Klientowi i spadkobiercy Klienta posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia 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, osobę prawną lub spółkę nieposiadającą osobowości prawnej:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej:
 - a) osobiście w terenowej jednostce Towarzystwa [wykaz tych jednostek jest dostępny na stronie internetowej: www.tuw.pl w zakładce Kontakt w sekcji „znajdź na mapie”] lub u agenta Towarzystwa, lub w Centrali Towarzystwa, (ul. Henryka Raabego 13, 02-793 Warszawa), albo
 - b) wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 Ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. Prawo pocztowe albo nadana na placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem

korespondencji na terenie Unii Europejskiej – na adresy jednostek wskazanych w lit. a) powyżej, albo

- 2) na piśmie w postaci elektronicznej:
 - a) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, w tym za pośrednictwem poczty elektronicznej:
 - i. Reklamację dotyczącą szkód należy przysłać na adres sls@tuw.pl – w temacie wiadomości należy wpisać numer szkody,
 - ii. Reklamację dotyczącą dystrybucji ubezpieczeń i obsługi zawartych umów ubezpieczenia należy przysłać na adres polisa@tuw.pl – w temacie wiadomości należy wpisać numer polisy,
 - iii. Reklamację dotyczącą windykacji należności lub regresu należy przysłać na adres windykacja.reklamacje@tuw.pl – w temacie wiadomości należy wpisać numer sprawy,
 - iv. Reklamację dotyczącą kwestii nieujętych powyżej należy przysłać na adres skargi@tuw.pl.
 - b) wysłana na adres do doręczeń elektronicznych Towarzystwa wpisany do bazy adresów elektronicznych, zgodnie z Ustawą z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, tj. na adres **AE:PL-13946-64818-BTVAU-33**, albo
- 3) ustnie:
 - a) telefonicznie na numer telefonu Towarzystwa +48 22 545 39 50, albo
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w terenowej jednostce Towarzystwa [wykaz tych jednostek jest dostępny na stronie internetowej: www.tuw.pl w zakładce Kontakt] w sekcji „znajdź na mapie”.
3. Towarzystwo rozpatruje reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie Klientowi odpowiedzi przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, gdy rozpatrzenie reklamacji nie jest możliwe w terminie, o którym mowa w ust. 3, 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 Skarżącemu informację z wyjaśnieniem przyczyn opóźnienia, ze wskazaniem okoliczności wymagających wyjaśnienia i przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
5. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej sporządzana jest na piśmie i przesyłana osobie ją składającej w poniższy sposób:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt. 1 odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez Klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja została złożona przez Klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy – w przypadku, gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
7. Odpowiedź na reklamację złożoną przez osobę prawną lub spółkę nieposiadającą osobowości prawnej przekazuje się Klientowi w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku, tj. m.in. pocztą elektroniczną.
8. Ze szczegółową informacją dotyczącą trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji przez Towarzystwo można zapoznać się na stronie internetowej Towarzystwa lub w każdej jednostce Towarzystwa.
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 Konsumentów.

Rozwiązywanie sporów

§ 14

1. Towarzystwo przewiduje możliwość oraz wyraża wolę pozasądowego rozwiązywania sporów.
2. 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>.
3. Rozstrzygnięcie sporu pomiędzy TUV „TUV” a Klientem będącym uczestnikiem rynku finansowego w rozumieniu ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym – może być poddane postępowaniu przed sądem polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego, a szczegółowe informacje zamieszczone zostały na stronie internetowej KNF https://www.knf.gov.pl/dla_rynku/sad_polubowny_przy_KNF.
4. Klientom przysługuje prawo do wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego. 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.
5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUV „TUV” nr 35/26 z dnia 18 lutego 2026 roku i wprowadzone do obrotu Zarządzeniem Prezesa Zarządu TUV „TUV” nr 12/26 z dnia 18 lutego 2026 roku.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2026 roku.

ZAŁĄCZNIK NR 1 KLAUZULE DODATKOWE

Klauzula nr 1 Dzienne świadczenie szpitalne

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o dzienne świadczenie szpitalne.
2. 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 nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 10 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
4. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Świadczenie wypłacane jest za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 3-ego dnia hospitalizacji i nie dłużej niż 90 dni. W przypadku kilkukrotnego pobytu w szpitalu związanego z jednym zdarzeniem w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, wypłata świadczenia przysługuje od 1-ego dnia kolejnego pobytu w szpitalu, o ile nie był krótszy niż 24 godziny i łącznie nie przekroczył 180 dni.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt rozpoczął swój bieg w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
8. Dni objęte przepustką w trakcie pobytu w szpitalu nie są wliczane w okres hospitalizacji na potrzeby ustalenia wysokości świadczenia.
9. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień zaistnienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który nastąpił w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
10. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:

- 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
- 2) wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację Ubezpieczonego po stwierdzeniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wypadkiem a pobytem w szpitalu.
11. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
12. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.
- 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty; dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej.
12. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
13. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

Klauzula nr 2

Zwrot kosztów leczenia

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o zwrot kosztów leczenia.
2. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli są udokumentowane i uzasadnione koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku i zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem że koszty te nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub jakiegokolwiek innego tytułu.
3. Warunkiem wypłaty świadczenia w przypadku sportowców zawodowo uprawiających sport oraz osób będących członkami klubów, związków i organizacji sportowych biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym jest wizyta na SOR w ciągu 24 godzin od momentu zaistniałego wypadku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie urazu.
4. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 10 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
5. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
6. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
7. Za koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków uważa się koszty, z zastrzeżeniem ust. 8-10:
 - 1) wizyt lekarskich,
 - 2) zabiegów ambulatoryjnych zleconych przez lekarza,
 - 3) badań diagnostycznych zleconych przez lekarza,
 - 4) zaleconych lekarstw oraz opatrunków,
 - 5) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium,
 - 6) niezbędnych operacji wykonywanych w trybie pilnym potwierdzonym przez lekarza odpowiednimi zapisami w dokumentacji medycznej (z wyłączeniem operacji plastycznych),
 - 7) odbudowy stomatologicznej zębów stałych uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) pomocy psychologicznej w przypadku, gdy Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości co najmniej 15%.
8. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej dotyczący jednego stałego zęba zostaje ograniczony do wysokości nie wyższej niż 300 PLN.
9. Zwrot kosztów pomocy psychologicznej ograniczony zostaje do wysokości 450 PLN, przy czym koszt jednej wizyty, nie więcej niż 150 PLN.
10. Poza wyłączeniami określonymi w § 5 zakres ubezpieczenia kosztów leczenia nie obejmuje:
 - 1) zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - 2) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny,
 - 3) zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 4) kosztów leczenia powstałych w wyniku niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego,
 - 5) kosztów artykułów żywnościowych i odżywek,
 - 6) kosztów pielęgnacji chorych oraz podróży i pobyków w celach leczniczych w sanatoriach i uzdrowiskach,
 - 7) kosztów leczenia odwykowego,
 - 8) kosztów leczenia związanych z leczeniem urazów przeciążeniowych w tym wizyty lekarskie, wizyty kontrolne.
11. 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 (rozpoznanie), w tym skierowanie na badania diagnostyczne,

Klauzula nr 3

Zwrot kosztów rehabilitacji

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o zwrot kosztów rehabilitacji.
2. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli są udokumentowane i uzasadnione koszty rehabilitacji następstw nieszczęśliwych wypadków zleconej przez lekarza, które zaistniały w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku i zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pod warunkiem że koszty te nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub jakiegokolwiek innego tytułu.
3. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 10 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega zmniejszeniu o każdą wypłatę świadczenia.
4. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie wypłacane jest niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień zaistnienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który nastąpił w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Świadczenie wypłacane jest na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się rehabilitacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie), w tym skierowanie na zabiegi rehabilitacyjne,
 - 3) oryginałów dokumentów, faktur, rachunków potwierdzających poniesione przez Ubezpieczonego koszty; dokumenty winny być wystawione imiennie na Ubezpieczonego, zawierać dane teleadresowe placówki medycznej udzielającej pomocy medycznej.
8. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
9. Poza wyłączeniami określonymi w § 5 zakres ubezpieczenia kosztów rehabilitacji nie obejmuje zwrotu kosztów rehabilitacji związanych z leczeniem urazów przeciążeniowych,
10. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

Klauzula nr 4

Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o zwrot kosztów pogrzebu, gdy Ubezpieczony poniósł śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli są udokumentowane i uzasadnione koszty związane bezpośrednio z pochówkiem Ubezpieczonego, które zaistniały w okresie ochrony ubezpieczeniowej lub nie później niż 7 dni po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej i zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 5 000 PLN i ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.
4. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków osobie uprawnionej z umowy ubezpieczenia do jego otrzymania w wysokości poniesionych kosztów pogrzebu.

6. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień zgonu Ubezpieczonego, który nastąpił wskutek nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Świadczenie wypłacane jest uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty statystycznej zgonu lub aktu zgonu,
 - 3) faktur, rachunków potwierdzających poniesione koszty związane bezpośrednio z pochówkiem Ubezpieczonego.
8. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
9. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

Klauzula nr 5

Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o jednorazowe świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest poważne zachorowanie opisane w ust. 6, które zaistniało w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 5 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenie w okresie odpowiedzialności i ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.
4. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy u Ubezpieczonego zdiagnozowano w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa poważne zachorowanie będące jednym z niżej wymienionych:
 - a. **by-pass (operacja pomostowania aortalno-wieńcowego)** – zabieg operacyjny z otwarciem klatki piersiowej, polegający na wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass), mających na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych. Definicja nie obejmuje żadnych innych zabiegów na naczyniach wieńcowych, chirurgii, tzw. minimalnego dostępu oraz zabiegów PTCA (balonikowanie naczyń wieńcowych za pomocą cewnika). Wypłata świadczenia w zakresie wdrożenia procedury medycznej by-pass dotyczy nagłej niewydolności naczyń wieńcowych, nie będącej leczeniem planowym w tym zakresie,
 - b. **nowotwór złośliwy** – 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,
 - c. **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,
 - d. **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzone stwierdzeniem, co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych w badaniu metodą magnetycznego rezonansu jądrowego. Warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy,
 - e. **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,
 - f. **transplantacja głównych narządów** – która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego,
 - g. **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach wywołana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, niemożliwa do skorygowania żadną dostępną metodą leczenia,
 - h. **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.
7. 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), rak brodawkatoły tarczycy spełniający kryteria „microcarcinoma” w ocenie histopatologa.
8. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy, który nastąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
9. Świadczenie wypłacane jest po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) dokumentacji medycznej, która zawiera potwierdzenie rozpoznania poważnego zachorowania wskazanego w ust. 6.
10. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

Klauzula nr 6

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Użyte w niniejszej klauzuli pojęcia oznaczają:
 - 1) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, który powstał w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy, rowerzysta lub kierowca albo pasażer środka lokomocji, potwierdzony stosowną dokumentacją sporządzoną przez policję lub inny organ administracji publicznej.
 - 2) **środek lokomocji** – lądowy pojazd silnikowy podlegający rejestracji zgodnie z obowiązującym prawem, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem motoroweru i ciągnika rolniczego; statek wodny, rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym; prom, wodolot i poduszkowiec; statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, motolotni, skrzydlowców oraz spadochronów; Definicja środka lokomocji obejmuje również rower i pojazd szynowy. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym.
3. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli jest śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, który wydarzył się w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, nie później niż 24 miesiące od zaistnienia tego wypadku.

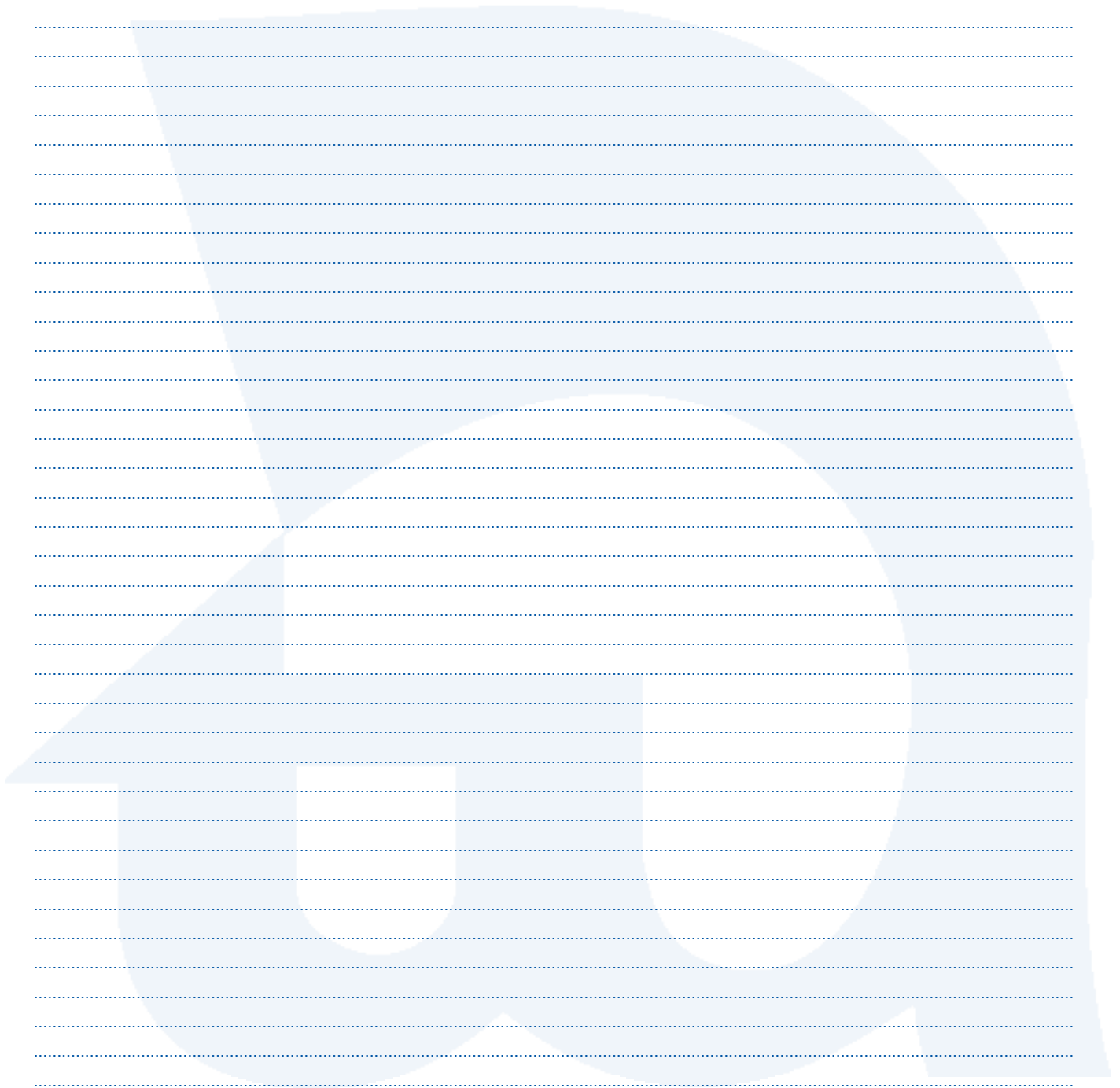
4. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 25 000 PLN i ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.
5. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
6. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
7. Skumulowane świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu zapisów niniejszej klauzuli nie może przekroczyć łącznej sumy ubezpieczenia tych świadczeń oraz 150% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
8. Świadczenie wypłacane jest uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu lub karty statystycznej zgonu lub aktu zgonu,
 - 3) dokumentów potwierdzających uprawnienia do kierowania pojazdem, jeśli Ubezpieczony był kierowcą.
9. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
10. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

Klauzula nr 7

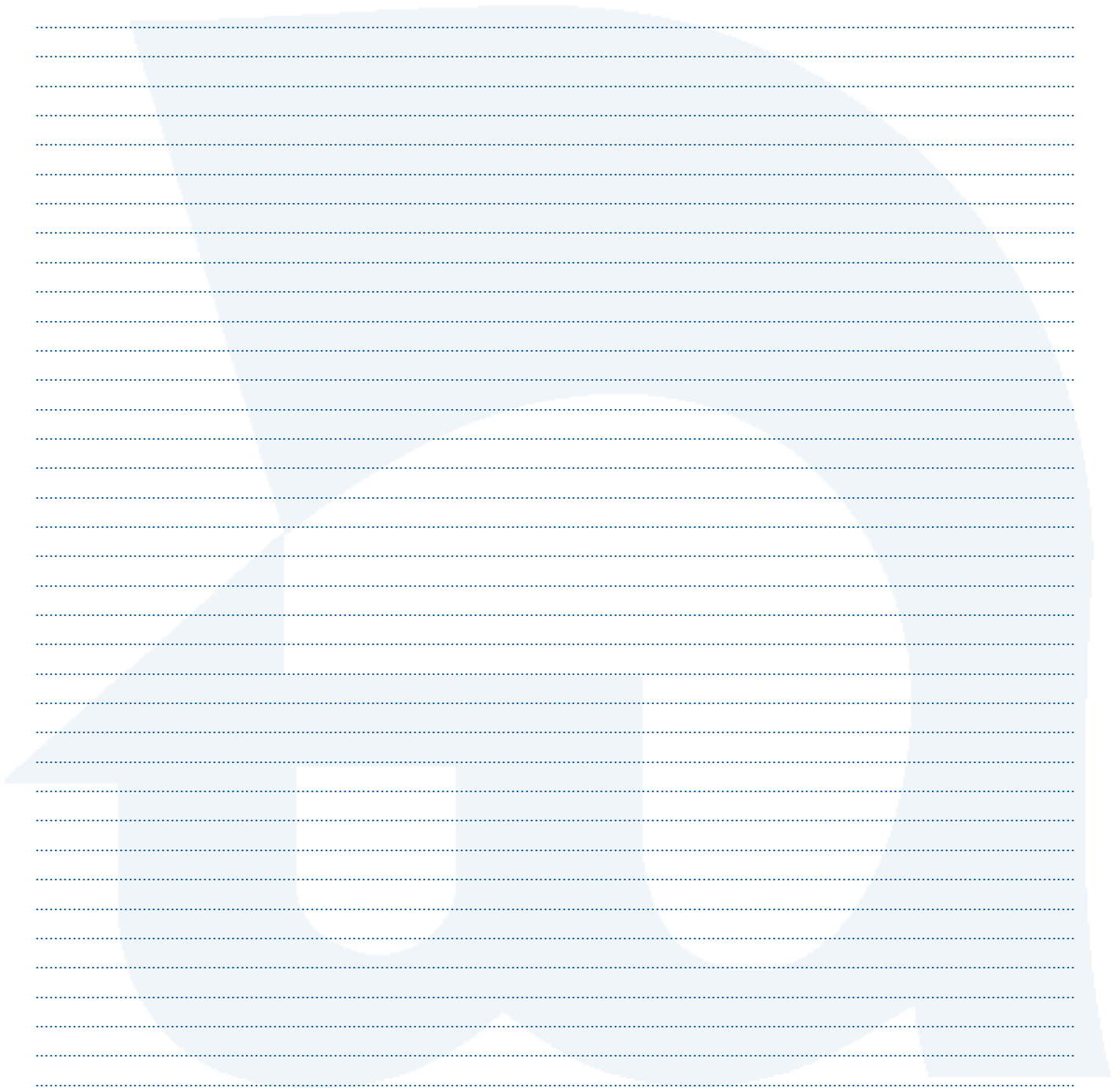
Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy

1. Na podstawie § 3 ust. 7, za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo rozszerza zakres ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, na podstawie warunków określonych w niniejszej klauzuli, o jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy.
2. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszej klauzuli jest trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego, która rozpoczęła swój bieg w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty nieszczęśliwego wypadku i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy.
3. Maksymalna suma ubezpieczenia dla świadczenia określonego w niniejszej klauzuli wynosi 20 000 PLN i ulega wyczerpaniu po wypłacie świadczenia.
4. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie wypłacane jest jednorazowo, niezależnie od świadczeń określonych w § 3 ust. 6, ponad sumę ubezpieczenia określoną w umowie ubezpieczenia dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
6. Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy u Ubezpieczonego orzeczono w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa trwałą niezdolność do pracy.
7. Za dzień zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się dzień wydania decyzji lekarza orzecznika ZUS lub KRUS o trwałej niezdolności do pracy.
8. Świadczenie wypłacane jest po zweryfikowaniu zasadności roszczenia, na podstawie otrzymanych przez Towarzystwo dokumentów:
 - 1) zgłoszenia roszczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub KRUS.
9. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
10. Pozostałe postanowienia OWU nie ulegają zmianie.

NOTATKI



NOTATKI





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 0000033284
NIP 526-10-33-426, REGON 012114579
www.tuw.pl