

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA PRACOWNIKÓW OŚWIATY „BEZPIECZNA RODZINA”

Tabela informująca, które z postanowień zawartych w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia dla Pracowników Oświaty „Bezpieczna Rodzina” regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Nazwa ubezpieczenia	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy	
	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:
Następstwa Nieszczęśliwych Wypadków	§4 ust. 1, 2 i 5, §5, §6, §7, §8, §9, §10, §11	§4 ust. 3, 4 i 6,

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia dla Pracowników Oświaty „Bezpieczna Rodzina” (dalej: „Szczególne Warunki Ubezpieczenia”) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z NAU Profit Sp. z o.o. ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa NIP: 525-25-17-952 (zwanym dalej „Ubezpieczającym”) obejmuje ochroną osoby fizyczne w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia za:

- 1) **Centrum Alarmowe** – uważa się podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela, któremu Ubezpieczający jest obowiązany zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powodujące konieczność organizacji świadczeń wskazanych w §7 ust. 2,
- 2) **chorobę przewlekłą** – uważa się schorzenie, którego objawy utrzymują się dłużej niż cztery tygodnie, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, zmniejszenia lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej,

- 3) **dziecko** – uważa się niepełnoletnie oraz pełnoletnie dziecko pracownika – dziecko własne pracownika lub dziecko przysposobione przez pracownika (w pełni lub częściowo), pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), które w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończyło 30 roku życia i pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z Ubezpieczonym Pracownikiem,
- 4) **ekspedycję** – uważa się zorganizowaną wyprawę mającą na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- 5) **konkubenta** – uważa się osobę pozostającą w wolnym związku z Ubezpieczonym, który jest pracownikiem, zachowującą wspólne, analogiczne do małżeńskiego pożycie, pozbawione legalnego węzła, które oznacza pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 6) **koszty leczenia** – uważa się koszty poniesione na badania i zabiegi ambulatoryjne oraz operacyjne, pobyt w placówce służby zdrowia, jak również zakup niezbędnych leków i środków opatrunkowych,
- 7) **lokaut** – uważa się zamknięcie zakładu przez właściciela, połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
- 8) **niezależny wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 9) **osobę bliską** – uważa się małżonka, konkubenta, rodziców, teściów oraz dzieci,
- 10) **osobę uprawnioną** – uważa się wskazaną przez Ubezpieczonego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,
- 11) **osoby trzecie** – uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 12) **pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym** – uważa się wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego poprzez wspólne zamieszkiwanie oraz udział i wzajemną ścisłą współpracę w załatwianiu codziennych spraw związanych z prowadzeniem domu,
- 13) **pracownik** – osoba fizyczna związana z stosunkiem prawnym z placówką oświatową,
- 14) **przestępstwo** – czyn człowieka, zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, pod groźbą kary jako zbrodnia lub występki bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy,
- 15) **sporty wysokiego ryzyka** – uważa się rafting i inne sporty wodne uprawiane w rzekach górskich, nurkowanie z wykorzystaniem aparatów oddechowych, wspinaczkę, sport spadochronowy i balonowy, paralotniarstwo, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, myślistwo, jazdę konną, narciarstwo, snowboard, bobsleje, skoki narciarskie, surfing, windsurfing, jazdę na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
- 16) **stan nietrzeźwości** – stan w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5 ‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 17) **stan po spożyciu alkoholu** – stan w którym stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 ‰ do 0,5 ‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 18) **strajk** – uważa się zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy przez pracowników na jakiś czas w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego oraz żądaniem zmian,
- 19) **terroryzm** – uważa się nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych,
- 20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym,
- 22) **uciążliwość leczenia** – leczenie w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, mimo braku trwałego uszczerbku na zdrowiu, które wiązało się z koniecznością przeprowadzenia operacji chirurgicznej lub hospitalizacji trwającej co najmniej 5 dni,
- 23) **wyczynowe uprawianie sportu** – uważa się:
 - a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
 - b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,

- 24) **wypadek komunikacyjny** – wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w którym Ubezpieczony był:
- uczestnikiem katastrofy lub wypadku (w roli innej niż kierowca lub pasażer) pojazdu poruszającego się po drodze,
 - kierowcą lub pasażerem pojazdu poruszającego się po drodze, który uległ wypadkowi lub katastrofie, za wyjątkiem motocykla, quada,
 - pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem oraz inny członek załogi i personelu). Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość w przypadku szkody powołania każdorazowo komisji lekarskiej.

§3

- Na potrzeby niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia wprowadza się trzy klasy ryzyka, w zależności od stopnia ryzyka wynikającego z rodzaju uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej:
 - I klasa ryzyka** obejmuje:
tenis stołowy, kręglarstwo, wędkarstwo, kulturystykę, bilard, brydż sportowy, golf, szachy, modelarstwo sportowe,
 - II klasa ryzyka** obejmuje:
tenis ziemny, badminton, gimnastykę artystyczną i sportową, lekkoatletykę, pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo, surfing, windsurfing, piłkę wodną, łyżwiarstwo figurowe i szybkie, hokej na trawie, kajakerstwo, łucznictwo, strzelectwo, myślistwo, kolarstwo, sporty motorowodne, narciarstwo wodne, szermierkę,
 - III klasa ryzyka** obejmuje:
judo, dalekowschodnie sztuki walki, rugby, boks, bobsleje, podnoszenie ciężarów, zapasy, narciarstwo, płetwonurkowanie, hokej na lodzie, piłkę nożną, piłkę siatkową, piłkę ręczną, koszykówkę, futbol amerykański, baseball, sporty spadochronowe i balonowe, sporty lotnicze, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm i taternictwo.
- W przypadkach nie wymienionych powyżej, klasę ryzyka ustala się według rodzajów dyscyplin sportowych wymienionych w ust. 1 pkt 1)–3), najbardziej odpowiadających stopniowi ryzyka wynikającemu z rodzaju dyscypliny sportowej uprawianej przez Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w ust. 3 i 4.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następstwa zawałów serca i udarów mózgu.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:
 - w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - w wyniku samookaleczenia,
 - w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu,
 - wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego uprawnienia oraz prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających w ilościach przekraczających dopuszczalne normy obowiązujące w kraju zajścia wypadku,
 - w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka, zgodnie z postanowieniami §3 oraz uczestniczenia w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
- Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości,
 - nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - zatruc przewodu pokarmowego,

-
- 5) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na ciele, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
 5. Pod warunkiem opłacenia dodatkowej składki, zakresem ochrony ubezpieczeniowej mogą zostać objęte następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, w zakresie uprawiania dyscyplin sportowych zaliczanych do II lub III klasy ryzyka.
 6. Zakresem odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie jest objęte zadośćuczynienie za krzywdę spowodowaną bólem i cierpieniem fizycznym lub psychicznym (ujemnymi uczuciami przeżywanymi w związku z cierpieniem fizycznym lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia bądź śmiercią Ubezpieczonego).

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§5

Zakres ochrony obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego podczas wykonywania pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym.

§6

Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% określonej w §14 sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu :
 - a) w przypadku uszczerbku w wysokości 100% – pełną sumę ubezpieczenia określoną w §14,
 - b) w przypadku uszczerbku częściowego – procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w ramach limitu określonego w §14 – świadczenie dodatkowe.

§7

1. Ubezpieczyciel dokonuje również zwrotu kosztów:
 - 1) nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości limitu określonego w §14,
 - 2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości limitu określonego w §14.
2. Niezależnie od doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń na terenie RP:
 - 1) **wizyta lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu lekarza oraz honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) **wizyta pielęgniarki** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu pielęgniarki oraz honorarium za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) **dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową i w następstwie którego Ubezpieczony wymaga leżenia Ubezpieczyciel pokryje koszt transportu leków – do wysokości 100 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) **transport z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego do placówki medycznej – o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego raz stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50 km,

- 5) **transport z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego** – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel zorganizuje oraz pokryje koszt transportu Ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego – o ile stan zdrowia nie pozwala na skorzystanie z publicznego lub prywatnego środka transportu – do wysokości 500 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku w odległości do 50 km,
 - 6) **pomoc domowa** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał dłużej niż 7 dni w szpitalu, Ubezpieczyciel pokryje koszty pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji w przypadku gdy Ubezpieczony nie może skorzystać z pomocy osoby bliskiej – do wysokości 500 PLN maksymalnie przez okres 7 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) **pomoc psychologiczna** – jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, będzie zalecona przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela porada psychologa, Ubezpieczyciel pokryje koszty wizyt do wysokości 300 PLN,
 - 8) **opieka nad dziećmi** – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 5 dni, Ubezpieczyciel pokryje koszty opieki nad dziećmi do lat 16 w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do kwoty 100 PLN za dzień, maksymalnie przez okres 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego tylko w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby bliskiej mogącej zapewnić opiekę,
 - 9) **organizuje opiekę nad psami i kotami** Ubezpieczonego znajdującymi się w jego domu oraz pokrywa koszty takiej opieki. Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu ww. zwierząt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego, mogącej podjąć się opieki nad nimi, albo do najbliższego schroniska dla zwierząt – do wysokości 300 PLN łącznych kosztów w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,
 - 10) **na telefoniczne życzenie Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego dokonuje rezerwacji i udziela informacji o Służbie Zdrowia dotyczących np. placówek medycznych, numerów telefonów do lekarzy o różnych specjalizacjach,
 - 11) **w przypadku niespodziewanej hospitalizacji Ubezpieczonego**, na jego wniosek Ubezpieczyciel podejmie starania mające na celu powiadomienie o zaistniałym zdarzeniu rodziny oraz zakładu pracy Ubezpieczonego, jak również za jego zgodą może na bieżąco informować rodzinę o jego stanie zdrowia.
3. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, jak również koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia i nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem, iż zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 4. Ubezpieczyciel niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczeniową zwraca Ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w kraju do wskazanych przez Ubezpieczyciela lekarzy, Komisji Lekarskich, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu środka transportu przez Ubezpieczyciela.
 5. Koszty organizacji świadczeń, o których mowa w §7 ust. 2 są pokrywane przez Ubezpieczyciela w granicach sumy ubezpieczenia wskazanej w §14.

§8

Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowe świadczenia zgodnie z limitami określonymi w §14:

- 1) zwrot kosztów leczenia,
- 2) jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia,
- 3) jednorazowe świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki,
- 4) jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez zwierzęta, pokąsania przez owady, jeżeli Ubezpieczony zostanie pogryziony przez zwierzęta, pokąsany przez owady w wyniku czego będzie pozostawał w szpitalu przez co najmniej 24 godziny,
- 5) dzienne świadczenie szpitalne,
- 6) zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych poniesionych na terenie RP.

§9

1. Zwrot kosztów leczenia przysługuje pod warunkiem, że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości limitu określonego w §14.

-
2. Koszty leczenia zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy są niezbędne z medycznego punktu widzenia oraz zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§10

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje, w przypadku trwającego co najmniej 24 godziny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową – do wysokości limitu określonego w §14; dzielne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju sanatoriach, szpitalach uzdrowiskowych, ośrodkach rehabilitacyjnych, domach opieki lub hospicjach.
2. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego dnia pobytu w szpitalu, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni.

§11

1. Zwrot udokumentowanych kosztów rehabilitacji w wyspecjalizowanych placówkach medycznych przysługuje do wysokości limitu określonego w §14, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku.
2. Koszty rehabilitacji zwracane są wyłącznie w przypadku, gdy zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWA, OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§12

1. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje osoby fizyczne, które wyraziły zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do każdego ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym w którym została podpisana zgoda na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
3. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana na okres 1 miesiąca.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wznawia się na kolejne 1-miesięczne okresy ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczony złoży pisemne oświadczenie o rezygnacji z kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela na rzecz poszczególnych Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustaje stosunek prawny Ubezpieczonego pracownika,
 - 3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony, który jest pracownikiem przeszedł na emeryturę, chyba że Ubezpieczony pracownik nadal pozostaje w stosunku pracy,
 - 4) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 80 roku życia,
 - 5) z końcem miesiąca kalendarzowego – w przypadku określonym w ust. 4 i 5,
 - 6) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
7. W przypadkach wskazanych w ust. 6 pkt 2 i 3 powyżej, wygasa również ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do małżonka, konkubenta lub dziecka.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§13

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego.

SUMA UBEZPIECZENIA I SUMY GWARANCYJNE

§14

1. Suma ubezpieczenia i sumy gwarancyjne stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Sumy ubezpieczenia i sumy gwarancyjne wynoszą:
 - 1) śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo w wyniku zawału serca lub udaru mózgu: 70 000 PLN
 - 2) świadczenie dodatkowe w przypadku śmierci w wypadku komunikacyjnym: 5 000 PLN
 - 3) trwałe uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo zawału serca lub udaru mózgu: 60 000 PLN
 - 4) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów: 6 000 PLN
 - 5) zwrot kosztów nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych: 6 000 PLN
 - 6) Assistance zgodnie z SWU §7 Na terenie RP
 - 7) zwrot kosztów leczenia poniesionych na terenie RP: 10 000 PLN
 - 8) dzienne świadczenie szpitalne z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub zawału serca lub udaru mózgu: 5 400 PLN (60 PLN/dzień)
 - 9) jednorazowe świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia: 800 PLN
 - 10) zwrot kosztów rehabilitacji poniesionych na terenie RP: 2 000 PLN
 - 11) jednorazowe świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku ataku padaczki: 450 PLN
 - 12) jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia przez zwierzęta, pokąsania przez owady: 450 PLN

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU

§15

1. Ubezpieczony ma obowiązek w terminie 3 dni od daty powstania szkody w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta, którym jest: Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. o wypadku pod numerem telefonu: 22 584 10 00 (**fax 22 350 73 16**) lub mailowo na adres: **szkody.nnw@nau.pl**
2. W przypadku konieczności organizacji świadczeń wskazanych w §7 ust. 2, zgłoszenia szkody dokonuje się w Centrum Alarmowym pod numer telefonu **+48 22 522 29 90** lub **+ 48 22 232 29 90**.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1 i 2 powyżej, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
4. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

§16

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
 - 2) wyrazić zgodę, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015r., poz. 1844, ze zm.) i upoważnić Ubezpieczyciela do uzyskania od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Mu świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci.
 - 3) wyrazić zgodę na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015r., poz. 1844., ze zm.) przez Ubezpieczyciela od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

-
- 4) poddać się badaniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 5) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania wypadku i ustalenia jego następstw,
 - 6) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego, uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, w szczególności:
 - 1) wyciąg z aktu zgonu
 - 2) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym, o ile uprawnionym nie jest osoba wskazana przez ubezpieczonego.
 3. Jeżeli Ubezpieczony, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, nie dopełni obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty odszkodowania w całości lub części za szkodę powstałą z tego powodu – o ile niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody, ustalenie przyczyny zdarzenia lub jego okoliczności oraz wysokości odszkodowania i pozostaje w jakimkolwiek związku przyczynowym z powstałą szkodą.

§17

Ponadto Ubezpieczony obowiązany jest:

- 1) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania szkody i ustalenia jej rozmiaru,
- 2) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego lub Ubezpieczyciela, udzielając mu informacji i niezbędnych pełnomocnictw – w przypadku organizacji świadczeń wskazanych w §7 ust. 2,
- 3) umożliwić Centrum Alarmowemu lub Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.

§18

1. Ubezpieczony obowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty, niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,
 - 2) oryginały rachunków za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 Ubezpieczony zobowiązany jest zgromadzić i dostarczyć Ubezpieczycielowi na własny koszt.

SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§19

Uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.

§20

1. Ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.
2. Ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje Ubezpieczyciel z wykorzystaniem tabeli „Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu”, dostępnej na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu których funkcje były już przed wypadkiem upośledzone wskutek choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, stopień trwałego uszczerbku

na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

5. W razie doznania przez Ubezpieczonego kilku uszczerbków na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za wszystkie uszczerbki objęte ochroną ubezpieczeniową, maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia.

§21

Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od już wypłaconego, przy czym potrąca się kwotę uprzednio wypłaconą.

§22

Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrał należnego świadczenia, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§23

Przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§24

1. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
2. Dzielne świadczenie szpitalne wypłacane jest po zakończeniu leczenia szpitalnego; na wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o wypłacie całości lub części świadczenia w terminie wcześniejszym.

§25

Koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są na podstawie oryginałów rachunków.

§26

Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu także udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela dla uzasadnienia roszczeń.

§27

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§28

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem wypadku, ustalone przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§29

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§30

Świadczenie, o których mowa w §28 i §29 nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć Ubezpieczonego.

§31

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej przez niego do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi – w całości,
 - 2) dzieciom – w częściach równych,
 - 3) rodzicom – w częściach równych,
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłego – w częściach równych, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy.

§32

1. Dienne świadczenie szpitalne wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

§33

1. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty leczenia oraz koszty rehabilitacji zwracane są osobie, która je poniosła.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem należnego mu świadczenia, wypłaca się je osobie uprawnionej.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA

§34

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego związanego z zaistnieniem szkody, zasadności roszczeń i wysokości świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania lub świadczenia okazało się niemożliwe, odszkodowanie lub świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania lub świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 2.
4. Jeżeli z okoliczności wypadku wynika, że nie ma możliwości ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela bez wyjaśnienia kwestii winy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

§35

Jeżeli uprawniony do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§36

1. Jeżeli ochrona wygasa na skutek przyczyn określonych w §12 ust. 6 pkt 1) i 4) następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§37

Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

§38

1. Ubezpieczony, Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: **801 107 107** lub **58 555 5 555**;
 - 3) pisemnie, na adres siedziby **Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot**;
 - 4) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w ciągu 60 dni od dnia otrzymania.
5. Osoby wskazane w ust 1, w niestandardowych sprawach, mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.

§39

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§40

1. Umowy ubezpieczenia zawierane są na podstawie prawa polskiego.
2. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
3. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy, Ubezpieczonym, Uposażonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowania w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
4. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
5. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§41

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 21.03.2017.

