



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA FEMINA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, w zakresie działania swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.

2. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna, kobieta, która w dniu wskazanym jako początek okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 roku życia.

DEFINICJE

§ 2

W rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia:

- 1) **czynności o podwyższonym stopniu ryzyka** – rafting lub uprawianie innych sportów wodnych na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych, skoki ze spadochronem, uprawianie paralotniarstwa, szybownictwa oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, udział i przygotowania do udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, uprawianie wspinaczki wysokogórskiej i skalnej, speleologii, myślistwo, jazdę konną, bobsleje, skoki narciarskie, jazdę na motorach, skuterach, jazdę na nartach wodnych oraz jazdę z wykorzystaniem pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie,
- 2) **data początkowa** – dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w pierwszej umowie ubezpieczenia Femina, od którego ochrona ubezpieczeniowa trwa nieprzerwanie pod warunkiem zachowania ciągłości ubezpieczenia; w przypadku przerwania ciągłości ubezpieczenia za datę początkową uważa się datę rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w nowej umowie zawartej po okresie przerwy w ubezpieczeniu,
- 3) **ekspedycja** – zorganizowana wyprawa mająca na celu realizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym,
- 4) **lokaut** – zamknięcie zakładu przez właściciela połączone ze zwalnianiem pracowników, przeprowadzane dla zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy lub ze względu na strajk,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczona – niezależnie od swojej woli – doznała uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
- 6) **osoba uprawniona** – wskazana przez Ubezpieczoną osoba fizyczna, uprawniona do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jej śmierci,

7) **osoby wykonujące zawody o podwyższonym stopniu**

ryzyka – osoby zatrudnione w siłach zbrojnych (poza pracownikami biurowymi), w policji (poza pracownikami biurowymi), robotników budowlanych pracujących przy wyburzaniu i rozbiorach, robotników budowlanych pracujących na wysokościach – powyżej 15 m, osoby pracujące przy budowie rusztowań, nurków zawodowych, rybaków, marynarzy, osoby zatrudnione w przemyśle wydobywczym (robotnicy zatrudnieni na platformach wydobywczych, górniczy), artystów cyrkowych, akrobatów, kaskaderów,

8) **przedsiębiorca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna, niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową,

9) **strajk** – zbiorowe, dobrowolne wstrzymanie pracy na jakiś czas przez pracowników w jednym lub kilku zakładach, instytucjach, będące wyrazem protestu, np. politycznego, ekonomicznego oraz żądaniem zmian,

10) **terroryzm** – 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,

11) **wyczynowe uprawianie sportu:**

- a) uprawianie dyscyplin sportowych w ramach zarejestrowanych sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
- b) uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą oraz wystąpienie u Ubezpieczonej nowotworu złośliwego sutka.

2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:

- 1) w następstwie popełnienia bądź usiłowania popełnienia przez Ubezpieczoną przestępstwa lub samobójstwa,
- 2) w wyniku samookaleczenia,
- 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
- 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami lub innymi środkami odurzającymi,
- 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokojów społecznych, strajków, lokautów oraz terroryzmu lub sabotażu,
- 6) wskutek prowadzenia przez Ubezpieczoną pojazdu

mechanicznego bez wymaganego uprawnienia,
 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
 8) w związku z wykonywaniem, nawet jednokrotnie, czynności o podwyższonym stopniu ryzyka,
 9) w związku z wykonywaniem zawodów o podwyższonym stopniu ryzyka.

3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:

- 1) zachorowań na nowotwory złośliwe sutka, które zostały rozpoznane przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz w ciągu 60 dni od daty początkowej,
- 2) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonej w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
- 3) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczona została zakażona mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
- 4) uszkodzeń dysków międzykręgowych,
- 5) zatruc przewodu pokarmowego,
- 6) śmierci i uszczerbków na zdrowiu powstałych w następstwie niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów na organizmie Ubezpieczonej, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli leczenie lub zabiegi były następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową,
- 7) zawałów serca i udarów mózgu.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 4

Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

- 1) w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, jeżeli nastąpiła ona w okresie do 2 lat od daty jego wystąpienia – 100% sumy ubezpieczenia,
- 2) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zaistniałego nieszczęśliwego wypadku - odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 1 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Tabela 1

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako procent sumy ubezpieczenia
TRWAŁE I CAŁKOWITE INWALIDZTWO	
Całkowita, obuocznna utrata wzroku	100%
Amputacja obu kończyn górnych	100%
Całkowita, obustronna utrata słuchu	100%
Całkowita utrata mowy	100%
Porażenie całkowite obu kończyn dolnych (paraplegia)	100%
Porażenie całkowite cztero kończynowe (tetraplegia)	100%
Poparzenie III stopnia powyżej 20% powierzchni ciała	100%

TRWAŁE I CZĘŚCIOWE INWALIDZTWO	
Głowa	
Utrata pełnej grubości kości czaszki na powierzchni ponad 6 cm ²	40%
Częściowe usunięcie żuchwy lub połowy szczęki dotyczące pełnej grubości kości	40%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	40%
Całkowita utrata słuchu, jednostronna	30%
Kończyny górne	
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej łokcia	65%
Amputacja przedramienia (poniżej łokcia)	60%
Całkowita amputacja jednej ręki (dłoni)	50%
Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50%
Całkowita amputacja pięciu palców jednej ręki	40%
Kończyny dolne	
Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawu kolanowego	60%
Amputacja podudzia (poniżej kolana)	50%
Całkowita amputacja stopy	40%
Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 5 cm	30%
Całkowita amputacja pięciu palców jednej stopy	25%

- 3) z tytułu złamań – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia ustalony zgodnie z Tabelą 2 oceny uszczerbku na zdrowiu:

Tabela 2

Wystąpienie złamania	Wysokość świadczenia jako procent sumy ubezpieczenia
Kości czaszki	8%
Miednicy (bez kości ogonowej)	6%
Kości udowej	6%
Kości strzałkowej, piszczelowej	4%
Kości ramieniowej	6%
Kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
Kręgosłupa	8%
Inne złamania kości	1%

- 4) z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka świadczenie w wysokości określonej w Tabeli 3:

Tabela 3

Wystąpienie nowotworu złośliwego sutka	Wysokość świadczenia w PLN
Rozpoznanie nowotworu złośliwego na podstawie wyniku histopatologicznego biopsji cienkoigłowej lub wycinka (tumorektomia)	9 000
Rozpoznanie nowotworu złośliwego i wykonanie zabiegu wycięcia guza z marginesem powyżej 1 cm (lumpektomia)	dopłata do 15 000
Rozpoznanie nowotworu złośliwego i wykonanie zabiegu wycięcia guza z marginesem co najmniej 2 cm (segmentektomia)	dopłata do 21 000
Rozpoznanie nowotworu złośliwego i wykonanie mastektomii radykalnej – usunięcie całego sutka łącznie z węzłami chłonnyymi – lub konieczność leczenia przypadków niekwalifikujących się do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego ze względu na stopień zaawansowania choroby	dopłata do 30 000

FORMA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie całodobowym.
- Umowa ubezpieczenia może mieć charakter indywidualny lub grupowy.

SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie sporządzonego w formie pisemnej wniosku ubezpieczeniowego.
- Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - imię i nazwisko (nazwę) oraz adres Ubezpieczającego,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonej, jeżeli umowa zawierana jest na cudzy rachunek,
 - numer PESEL Ubezpieczonej,
 - zawód Ubezpieczonej,
 - okres ubezpieczenia,
 - przedmiot i zakres ubezpieczenia,
 - sumę ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY NA CUDZY RACHUNEK

§ 7

- Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonej).
- Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonej.
- Ubezpieczona jest uprawniona do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.
- Ubezpieczona może żądać, by Ubezpieczyciel udzielił jej

informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8

- Sumę ubezpieczenia i składkę określa się w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka jest odrębna i wynosi 30 000 PLN.
- Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego zdarzenia powstałego w okresie ubezpieczenia dla wszystkich świadczeń.
- W sytuacji gdy skutek jednego wypadku dojdzie do jednoczesnego powstania kilku obrażeń powodujących trwałe uszczerbek na zdrowiu, poszczególne wysokości świadczeń z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub złamań sumują się, z tym że suma tych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 9

- Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
- Wysokość składki jest zależna od wysokości sumy ubezpieczenia, klasy ryzyka i formy płatności składki.
- Składka może być płatna jednorazowo, w 2, 4 lub 12 ratach.

§ 10

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

- Początek i koniec okresu ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą ubezpieczeniową.
- Okres ubezpieczenia trwa jeden rok.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3 pkt 1).
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie określonym w umowie mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni.
- Jeżeli zapłata dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek Ubezpieczyciela – pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym

przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela odpowiednią kwotą.

6. Za zapłatę składki lub kolejnej raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej niż wynikającej z umowy ubezpieczenia.

7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygaś przed tym terminem.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 12

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności znane przedstawicielowi. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, wymienione w ust. 1, o które Ubezpieczyciel zapytywał we wniosku ubezpieczeniowym albo w innych pismach przed zawarciem umowy.

3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonej, chyba że Ubezpieczona nie wiedziała o zawarciu umowy na jej rachunek.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 13

1. Ubezpieczona ma obowiązek niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty powstania szkody lub uzyskania o niej wiadomości powiadomić Ubezpieczyciela o wypadku pod numerem telefonu: 0 801 107 107 lub 0 (58) 555 6 555 lub 0 (58) 555 5 555.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ustępie poprzedzającym Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

3. 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.

§ 14

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczona obowiązana jest:

- 1) poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń mających na celu złagodzenie skutków wypadku,
- 2) zwolnić lekarzy, u których leczyla się przed zaistnieniem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,

3) zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,

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. Ponadto Ubezpieczona obowiązana jest dostarczyć Ubezpieczycielowi w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia i rehabilitacji dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności karty informacyjne z pobytów w szpitalu, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej i przyczyny wypadku.

3. Ubezpieczona ma obowiązek udostępnić inne dokumenty niezbędne do prawidłowej likwidacji szkody.

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

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 Ubezpieczona zobowiązana jest zgromadzić i dostarczyć ubezpieczycielowi na własny koszt.

6. W razie śmierci Ubezpieczonej osoba uprawniona obowiązana jest dostarczyć do Ubezpieczyciela:

1) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu,

2) dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczoną, w przypadku niewskazania w umowie osoby uprawnionej.

§ 15

W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczoną obowiązków wymienionych w § 14, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części, jeżeli niedopełnienie obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku lub jego następstw.

§ 16

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

SPOSÓB USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§ 17

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

§ 18

1. Ustalenie związku przyczynowego oraz rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu lub złamania następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.

2. Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu lub złamania ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej do 24. miesiąca od dnia wypadku. Późniejsza zmiana rodzaju trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu albo układu, których funkcje były już upośledzone wskutek

choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego z innego zdarzenia, wysokość świadczenia określa się jako różnicę między wysokością uszczerbku określonego w § 4 pkt 2) i 3) w Tabeli nr 1 i 2, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.

4. Weryfikacji stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.

§ 19

Jeżeli Ubezpieczona otrzymała świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarła 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.

§ 20

Jeżeli Ubezpieczona zmarła po ustaleniu trwałego uszczerbku na zdrowiu z przyczyn związanych z wypadkiem, ale nie pobrała należnych świadczeń, wówczas osobie uprawnionej wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonej.

§ 21

1. Ustalenie wysokości świadczeń z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka następuje na podstawie wyniku badania histopatologicznego, kart informacyjnych i innej niezbędnej dokumentacji medycznej.

2. Wypłata świadczenia w wysokości 9.000 PLN określonego dla świadczenia z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka następuje bezpośrednio po stwierdzeniu wystąpienia zachorowania na podstawie wyniku badania histopatologicznego nowotworowo zmienionej tkanki.

3. Dopłata pozostałych świadczeń określonych w § 6 pkt 4) następuje po udokumentowanym zakończeniu leczenia lub udokumentowanej dyskwalifikacji od leczenia przyczynowego.

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

§ 22

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonej.

2. Jeżeli Ubezpieczona zmarła przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem nieszczęśliwego wypadku, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 23

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka wypłaca się Ubezpieczonej.

2. Jeżeli Ubezpieczona zmarła przed pobraniem świadczenia z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego sutka, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 24

1. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez Ubezpieczającego.

2. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić osobę uprawnioną.

§ 25

Świadczenia, o których mowa w §§ 22–24, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć Ubezpieczonej.

§ 26

1. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonej nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłej w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi – w całości,
- 2) dzieciom – w częściach równych,
- 3) rodzicom – w częściach równych,
- 4) innym ustawowym spadkobiercom zmarłej – w częściach równych.

2. W razie braku uprawnionego z przysługującego świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie rzeczywiste, udowodnione koszty pogrzebu oraz ewentualne koszty transportu zwłok z miejsca wypadku do miejsca pochówku osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 27

Świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 28

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 Ubezpieczonej, Ubezpieczyciel może podjąć decyzję o odpowiedzialności za zdarzenie w oparciu o wynik postępowania przygotowawczego lub prawomocne orzeczenie sądu.

§ 29

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 stanowiska Ubezpieczyciela zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 30

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 31

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w §30, następuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu stosunku ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 32

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane na ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu, odpowiednio pod: wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 33

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika, po przesłaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest w terminie 30 dni Ubezpieczonemu pod adresem wskazanym w skardze lub zażaleniu.

§ 34

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i kodeksu cywilnego.

§ 35

1. Spory wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

§ 36

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Członek Zarządu



Jarosław Piątkowski