



WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPAKÓW RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Postanowienia ogólne**§ 1**

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ratowników medycznych, zwanych dalej także „Warunkami Ubezpieczenia”, Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem” zawiera umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
3. Ubezpieczonym w umowach ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia może być wyłącznie osoba fizyczna.
4. Umowa ubezpieczenia może być rozszerzona o klauzule dodatkowe.

DEFINICJE**§ 2**

W rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia za:

- 1) **Centrum Alarmowe** – uważa się podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela, któremu Ubezpieczający jest obowiązany zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli – doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 3) **osobę bliską** – uważa się małżonka, konkubinę, konkubenta, rodziców, teściów oraz dzieci,
- 4) **osobę uprawnioną** – uważa się wskazaną przez Ubezpieczonego osobę fizyczną, uprawnioną do odbioru należnej sumy ubezpieczenia na wypadek jego śmierci,
- 5) **osoby trzecie** - uważa się wszystkie osoby pozostające poza stosunkiem ubezpieczeniowym,
- 6) **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,
- 7) **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,
- 8) **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,

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia wprowadza się jedną klasę ryzyka, obejmującą osoby wykonujące pracę ratownika medycznego która jest wykonywana w rozumieniu:
 - ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.),



Sopot, 4.11.2013r.

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznego czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 z późn. zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego,
- ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1241),
- ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1240),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011r. Nr 237, poz. 1420),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U z 2012r. poz. 181).

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA - NNW

§ 4

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz za granicą.
2. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych:
 - 1) w następstwie popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa,
 - 2) w wyniku samookaleczenia,
 - 3) w wyniku choroby psychicznej oraz choroby układu nerwowego,
 - 4) w wyniku zatrucia alkoholem, narkotykami, nikotyną lub innymi środkami odurzającymi,
 - 5) wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów, niepokoїв społecznych, strajków, lokautów, sabotażu lub terroryzmu,
 - 6) 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,
 - 7) w związku z wyczynowym uprawianiem sportu, oraz uczestniczeniem w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi,
3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje:
 - 1) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości - stężenie alkoholu we krwi powyżej 0,5‰ lub obecność alkoholu w wydychanym powietrzu powyżej 0,25mg w 1dm³,
 - 2) nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków albo innych środków odurzających,
 - 3) infekcji, z tym że ochrona ubezpieczeniowa istnieje, jeżeli Ubezpieczony został zakażony mikroorganizmem chorobotwórczym w wyniku ran odniesionych w wypadku objętym zakresem ubezpieczenia,
 - 4) uszkodzeń dysków międzykręgowych i ich następstw,
 - 5) zatruc przewodu pokarmowego,
 - 6) 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.
 - 7) następstw zawałów serca i udarów mózgu,
 - 8) następstw nieszczęśliwych wypadków doznanych w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 9) następstw nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową powstałych na skutek ataków terrorystycznych.
4. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony wyrządził szkodę umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.



5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§5

Ubezpieczyciel wypłaca następujące rodzaje świadczeń:

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

§ 6

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 30% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 5.000 PLN,
 - 2) przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 30% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 5.000 PLN,
 - 3) odbudowy stomatologicznej zębów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż do kwoty 2.000 PLN, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2,
2. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200,- złotych za każdy ząb.
3. Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów zakupu implantów i implantacji.
4. 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.
5. 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.

§ 7

Zakres świadczeń wypłacanych w związku z zaistniałym wypadkiem został rozszerzony o jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy,

§8

Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy przysługuje, jeżeli utrata zdolności nastąpiła w ciągu 2 lat od daty wypadku - w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej odrębnie w umowie, w kwocie odpowiadającej sumie ubezpieczenia dla pozostałych świadczeń.

SPOSÓB ZAWIERANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczeniowego, sporządzonego w formie pisemnej.
2. Wniosek powinien zawierać co najmniej następujące dane:



- 1) nazwa oraz adres Ubezpieczającego,
- 2) imię i nazwisko Ubezpieczonego, jeżeli umowa zawierana jest w formie imiennej na cudzy rachunek,
- 3) przedmiot i zakres ubezpieczenia,
- 4) sumę ubezpieczenia.

§ 10

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się w zakresie pełnym .
2. Zakres pełny obejmuje odpowiedzialność Ubezpieczyciela za następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego podczas wykonywania określonej w umowie ubezpieczenia pracy zawodowej, w drodze do i z pracy oraz w życiu prywatnym.

SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 11

1. Ubezpieczyciel ustala składkę ubezpieczeniową po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia i wyrażonej w procentach stawki za ubezpieczenie każdego z ryzyk, określonej w taryfie obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
3. Wysokość składki jest zależna od, zakresu ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia, formy umowy ubezpieczenia oraz długości okresu ubezpieczenia.

§ 12

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.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta zgodnie z poniższymi wariantami według wyboru Ubezpieczającego:
 - 1) Wariant I dla Sumy Ubezpieczenia 20.000 PLN
Składka 62 PLN za osobę ubezpieczoną
 - 2) Wariant II dla Sumy Ubezpieczenia 30.000 PLN
Składka 118 PLN za osobę ubezpieczoną
 - 3) Wariant III dla Sumy Ubezpieczenia 40.000 PLN
Składka 165 PLN za osobę ubezpieczoną
 - 4) Wariant IV dla Sumy Ubezpieczenia 50.000 PLN
Składka 209 PLN za osobę ubezpieczoną
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE WYPADKU

§ 14

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) zwolnić lekarzy, u których leczyl 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. W razie śmierci Ubezpieczonego uprawniony obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, przez które rozumie się w szczególności wyciąg z aktu zgonu oraz dokumenty stwierdzające pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z Ubezpieczonym.
 3. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego obowiązków wymienionych w ust. 1, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty odszkodowania w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie przyczyny wypadku, okoliczności zdarzenia lub wysokości odszkodowania.

§ 15

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

§ 16

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

§ 17

1. Oceny stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Ubezpieczyciela.
2. Ustalenie związku przyczynowego oraz stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów oraz dokumentacji medycznej.
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.

§ 18

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.

**§ 19**

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.

§ 20

Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, stwierdzające trwałą niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej.

§ 21

Przy ustalaniu wysokości świadczeń z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 22

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

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**§ 23**

1. Okres ubezpieczenia oznacza się w umowie ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia trwa jeden rok, chyba że umowę zawarto na okres krótszy (ubezpieczenie krótkoterminowe).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanej w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka nie zostanie zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia umowa wygasa z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
5. 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 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.
8. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

ZAWARCIE UMOWY NA CUDZY RACHUNEK**§ 24**

1. Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczonego).
2. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.



4. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

OBYWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO.**§ 25**

1. Ubezpieczony ma obowiązek w terminie 5 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.

§ 26

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, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, 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 ust. 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego 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.

§ 27

1. W razie zajścia wypadku Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.
2. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
3. Ubezpieczyciel w granicach sumy ubezpieczenia zwraca koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

§ 28

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,
- 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.

**UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA****§ 29**

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.

§ 30

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy wypłaca się Ubezpieczonemu.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy, należne przed śmiercią świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej.

§ 31

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

§ 32

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

§ 33

Świadczenia, o których mowa w §§ 29 - 32, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie spowodował śmierć Ubezpieczonego.

§ 34

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 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 ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA**§ 35**

1. Odszkodowanie lub świadczenia wypłacane są w złotych polskich na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Jeżeli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie zagranicznej, a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, przelicza się je na walutę polską według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

§ 36

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.

§ 37

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 wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

WYGAŚNIĘCIE STOSUNKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 38

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.

§ 39

1. Jeżeli umowa wygasa na skutek przyczyn określonych w § 38 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

§ 40

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił siedzibę lub miejsce zamieszkania i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane do ostatniej znanej siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby Ubezpieczający nie zmienił siedziby lub miejsca zamieszkania.
3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela będą dostarczane Ubezpieczającemu za pomocą listu elektronicznego (e-mail), wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu.

§ 41

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.

§ 42

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



§ 43

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.

§ 44

Niniejsze o warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 4 listopada 2013 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPAKÓW RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH ustala się, że za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW

Limity odpowiedzialności oraz składkę przedstawia poniższa tabela.

Zakres	Suma Ubezpieczenia
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	Limit: 1 000 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 5 000 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	100 000 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	20 000 PLN
Składka roczna za osobę	52 PLN

1. Zakażenie wirusem HIV oznacza zakażenie Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), Zespołem Zaburzeń Związanych z AIDS (ARC), Ludzkim Wirusem Niedoboru Odporności (HIV) - niezależnie od tego jak zostaną nazwane.

W granicach limitu wynoszącego 5 000 PLN na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty terapii antyretrowirusowej, której **Ubezpieczony** obowiązany jest poddać się w następstwie **Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi**.

Jeżeli, mimo przejścia przez **Ubezpieczonego** kuracji antyretrowirusowej, testy na obecność wirusa HIV przeprowadzone po upływie sześciu miesięcy od **Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi** wykazą, że **Ubezpieczony** został zakażony wirusem HIV, to **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** jednorazowe świadczenie w wysokości 100 000 PLN.

W granicach limitu wynoszącego 1 000 PLN na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty konsultacji lekarskich po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** i wykonania badań na obecność wirusa HIV.

2. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B (WZW B) lub zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C).

Jeżeli którykolwiek z testów na obecność wirusa przeprowadzonych po upływie trzech oraz sześciu miesięcy od daty **Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi** wykaze, że **Ubezpieczony** został zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście miesięcy od daty przeprowadzenia testu dającego pozytywny wynik badania na obecność wirusa WZW B lub WZW C.



Sopot, 4.11.2013r.

Jeżeli po upływie okresu wyczekiwania, o którym mowa powyżej, testy na obecność wirusa potwierdzą, że **Ubezpieczony** pozostaje zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** jednorazowe świadczenie w wysokości 20 000 PLN. Świadczenie to może być wypłacone tylko jeden raz w **Okresie ubezpieczenia**, niezależnie od liczby i rodzaju wirusów WZW, które pojawią się po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi**.

W granicach limitu wynoszącego 1 000 PLN na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty konsultacji lekarskich po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** i wykonania badań na obecność wirusa WZW B i WZW C.

3. Warunkiem uzyskania świadczeń z **Umowy ubezpieczenia** jest niezwłoczne, nie później niż w ciągu trzech dni, wszczęcie po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi Procedury poekspozycyjnej** oraz przestrzeżenie przez **Ubezpieczonego** jej postanowień.
4. Jednorazowe świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV lub zakażenia WZW wypłacane będą po dokonaniu przez **Ubezpieczyciela** zasadności roszczeń na podstawie analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy **Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi**, a zakażeniem.
5. Zwrot kosztów, jakie **Ubezpieczony** poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności.
6. Przez **Procedurę poekspozycyjną** rozumie się zbiór zasad postępowania na wypadek wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zakażeniem objętym **Umową ubezpieczenia** oraz prowadzenia związanej z nim dokumentacji.
7. Przez **Niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi** rozumie się niezamierzony przez **Ubezpieczonego** kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi innymi niż jego własne poprzez przerwanie ciągłości powłok ciała (np. poprzez zakłucie, przecięcie lub ugryzienie), przeniknięcie przez błonę śluzową lub poprzez bezpośredni kontakt z krwią (zwłaszcza, jeżeli skóra była spierzchnięta, popękana, otarta lub objęta zapaleniem skóry).
8. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów umowy oraz Warunków Ubezpieczenia Następców Nieszczęśliwych Wypadków Ratowników Medycznych z 4 listopada 2013 r. świadczenia z **Umowy ubezpieczenia** będą należne, o ile:
 - 1) **Niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi** miał miejsce w **Okresie Ubezpieczenia**, podczas wykonywania przez **Ubezpieczonego** czynności służbowych w miejscu swojej pracy lub w związku z ratowaniem ludzkiego życia,
 - 2) testy wykonane niezwłocznie po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** wykażą, że bezpośrednio przed **Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi Ubezpieczony** był wolny od zakażenia danym wirusem.
9. Dodatkowo roszczenia nie zostaną zaspokojone, jeżeli do ich powstania przyczyniły się:
 - 1) przyjmowanie leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
 - 2) samobójstwo, jego usiłowanie, albo celowe samookaleczenie **Ubezpieczonego**,
 - 3) pozostawanie przez **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu chyba, że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami uprawnionego lekarza, niebędącego członkiem rodziny **Ubezpieczonego**,
 - 4) dożylnie lub podskórnie przyjmowanie przez **Ubezpieczonego** leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez dyplomowanego lekarza.
10. W razie **Niezamierzonego kontaktem z płynami ustrojowymi Ubezpieczony** obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie **Ubezpieczyciela** oraz:
 - 1) zastosować się do **Procedury poekspozycyjnej** obowiązującej w miejscu pracy lub



- 2) zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego lub
- 3) zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.

11. Wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego** nie podlegają zwrotowi, jeżeli:

- 1) pracodawca **Ubezpieczonego** jest obowiązany na podstawie umowy zawartej z **Ubezpieczonym** lub powszechnie obowiązujących przepisów do pokrycia lub zwrotu **Ubezpieczonemu** takich wydatków,
- 2) **Ubezpieczony** z jakiegokolwiek przyczyny nie skorzysta z przysługujących mu świadczeń nieodpłatnych, w szczególności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

12. Ponadto nie podlegają zwrotowi wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego**:

- 1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu **Umowy ubezpieczenia** lub z tym związane,
- 2) przekraczające sumę ubezpieczenia określoną w **Umowie ubezpieczenia**,
- 3) w związku z transportem do lub ze szpitala lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- 4) w związku z odwołaniem przez **Ubezpieczonego** umówionej wizyty,
- 4) na środki lecznicze lub procedury medyczne, które nie odpowiadają oficjalnym standardom, albo są eksperymentalne lub nieudowodnione naukowo.

Sopot, dnia 20.03.2014r.

ANEKS nr 1
DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPAKÓW
RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH Z DNIA 4.11.2013r.

o następującej treści:

§ 1

§ 3 pkt 1. wskazanych wyżej warunków ubezpieczenia w brzmieniu:

1. *Na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia wprowadza się jedną klasę ryzyka, obejmującą osoby wykonujące pracę ratownika medycznego która jest wykonywana w rozumieniu:*
 - *ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 z późn. zm.),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego,*
 - *ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1241),*
 - *ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1240),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011r. Nr 237, poz. 1420),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U z 2012r. poz. 181).*

otrzymuje nowe brzmienie:

1. *Na potrzeby niniejszych warunków ubezpieczenia wprowadza się jedną klasę ryzyka, obejmującą osoby wykonujące pracę ratownika medycznego która jest wykonywana w rozumieniu:*
 - *ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006 r. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 z późn. zm.),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz.U. 2014 poz. 66),*
 - *ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1241),*
 - *ustawy z dnia 18 sierpnia 2011r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2011r. Nr 208, poz. 1240),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2011r. Nr 237, poz. 1420),*
 - *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie minimalnych wymagań dotyczących zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej (Dz. U z 2012r. poz. 181).*

§ 2

Zapisy, o których mowa w przedmiotowym aneksie obowiązują do umów zawartych od dnia 10.01.2014 r.

§3

Pozostałe postanowienia warunków pozostają bez zmian.

Sepockie Towarzystwo Ubezpieczeń
Ergo Hestia SA
Przedstawicielstwo Korporacyjne
w Toruniu
37-100 Toruń, ul. Szosa Chełmińska 146 B
tel. ~~056 650 55 00~~, fax ~~056 650 55 50~~ (3).
Sowa Marcin

.....
STU Ergo Hestia S.A.