

# Ubezpieczenie NNW Progresja Plus



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group  
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa  
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **NNW Progresja Plus**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia NNW Progresja Plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 roku.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie NNW Progresja Plus to ochrona ubezpieczeniowa przed skutkami następstw nieszczęśliwych wypadków, które mają miejsce podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie charakteryzuje się progresywną wypłatą świadczeń – wysokie odszkodowanie w przypadku znaczącego uszczerbku na zdrowiu (inwalidztwo).



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej
- ✓ ubezpieczenie obejmuje wypłatę świadczenia za inwalidztwo powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz zwrot niektórych kosztów związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków

Suma ubezpieczenia:

- ✓ wynosi nie więcej niż 500.000 złotych oraz nie mniej niż 100.000 zł i jest ustalana oddzielnie dla każdego Ubezpieczonego
- ✓ stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe powstałe w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia
- ✓ w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na okres dłuższy niż 12 miesięcy, będący wielokrotnością 12 miesięcy – suma ubezpieczenia odnawia się na każde kolejne 12 miesięcy liczone od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- \* następstw chorób
- \* świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie została zapłacona dodatkowa składka
- \* następstw zawału serca i udaru mózgu jeżeli Ubezpieczony ukończył 55 rok życia lub zdiagnozowano u niego zawał serca lub udar mózgu przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się
- ! uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową
- ! uprawianiem sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego
- ! wyczynowym uprawianiem sportów
- ! prowadzeniem pojazdu bez wymaganych uprawnień i badań technicznych
- ! pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, aktami terroru.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na obszarze całego świata



### Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza i zastosowanie się do jego zaleceń, w razie powstania zdarzenia mogącego powodować odpowiedzialność InterRisk
- zawiadomienie o zajściu zdarzenia InterRisk
- poddanie się badaniu przez lekarza wskazanego przez InterRisk, jeżeli InterRisk zażądał takiego badania, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała



### Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



### Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że umówiono się inaczej.

W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.

Odpowiedzialność rozpoczyna się pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

Ochrona ubezpieczeniowa ustaje:

- z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
- z dniem odstąpienia lub wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia
- w przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela umowy w związku z nieopłaceniem przez Ubezpieczającego raty składki
- z dniem wypłaty świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia określonej w polisie
- wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu
- wobec Ubezpieczonego, który wystąpił z umowy ubezpieczenia



### Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania:

- w przypadku umów zawartych na okres minimum 12 miesięcy ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia,
- w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 12 miesięcy ze skutkiem natychmiastowym.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „PROGRESJA PLUS”

## SPIS TREŚCI

INFORMACJE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 17 UST. 1 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ .....	rewers str. 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE .....	1
DEFINICJE .....	1
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA .....	3
RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ .....	3
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI .....	4
SUMA UBEZPIECZENIA .....	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	4
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI .....	4
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA .....	4
SKŁADKA .....	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY .....	5
USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA .....	5
WYPŁATA ŚWIADCZENIA .....	6
SKARGI I REKLAMACJE .....	6
POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA.....	6
POSTANOWIENIA KOŃCOWE .....	6

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### §1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Progresja Plus”, zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów Du/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.

### §2

- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że w umowie ubezpieczenia (polisie) należy imiennie wskazać Ubezpieczonego. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk, InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## DEFINICJE

### §3

Przez poniższe określenia użyte w OWU, dokumencie potwierdzającym zawarcie ubezpieczenia (polisie), pismach lub oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od niczyjej woli co do których lekarz może postawić diagnozę wymagającą leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
- choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem choroby, leczony stale lub okresowo, zdiagnozowany przed datą zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- choroba psychiczna** – zgodnie z diagnozą lekarza prowadzącego leczenie choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jako kod ICD: F00-F99;
- choroba zawodowa** – choroba znajdująca się w wykazie chorób stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie chorób zawodowych;
- czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – czasowa utrata zdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, udokumentowana:
  - kopią zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie trybu i sposobu orzekania o czasowej niezdolności do pracy, wystawiania zaświadczenia lekarskiego oraz trybu i sposobu sprostowania błędów w zaświadczeniu lekarskim,

- potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub placówkę medyczną, która wystawiła w/w zaświadczenie, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
- zaświadczeniem stwierdzającym prowadzenie działalności gospodarczej lub zatrudnienie, chyba że Ubezpieczony nie mógł go uzyskać z przyczyn od siebie niezależnych,
  - dowodem potwierdzającym zapłatę składki za ubezpieczenie zdrowotne za okres, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową - w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej;
- inwalidztwo** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym, nierokującym poprawy w świetle aktualnej wiedzy medycznej uszkodzeniu danego organu, narządu lub układu;
  - leczenie rehabilitacyjne** – zlecenie przez lekarza prowadzącego leczenie specjalistyczne w postaci zabiegów udzielanych przez osoby uprawnione do ich udzielania, realizowane metodą kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, mające na celu wyleczenie lub zmniejszenie dysfunkcji narządów, a także przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej, utraconej w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
  - lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającą, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego;
  - lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym InterRisk zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia; lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego, nie może dokonywać dla potrzeb umowy ubezpieczenia oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia;
  - nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie mające miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu, pod warunkiem, iż zawał serca lub udar mózgu został zdiagnozowany po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej i Ubezpieczony nie przekroczył 55 roku życia w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową;
  - operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny związany z nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas minimum 3 dniowego pobytu w szpitalu, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub organu. Operacją, w rozumieniu niniejszych OWU, nie jest: zabieg przeprowadzony w celach diagnostycznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny niewymagający pobytu w szpitalu oraz zabieg niewynikający ze wskazań medycznych;
  - operacja wtórna** – każda następna operacja związana przyczynowo z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą;
  - osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowe, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy;
  - pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1  
ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3, §4, §5, §10, §11, §14, §15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§6, §7, §13 ust. 2, §15 ust. 4

- 15) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 16) **podróż** – wyjazd, powrót i pobyt Ubezpieczonego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, kraju którego obywatelstwo posiada oraz kraju stałego lub czasowego pobytu, przy czym podróż zagraniczną uznaje się za rozpoczętą z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, kraju którego obywatelstwo posiada oraz kraju stałego lub czasowego pobytu przy wyjeździe poza w/w terytorium, a zakończoną z chwilą przekroczenia granicy terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, kraju którego obywatelstwo posiada oraz kraju stałego lub czasowego pobytu przy powrocie na w/w terytorium;
- 17) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi od 0,2‰ alkoholu we krwi lub od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup> w wydychanym powietrzu;
- 18) **poszukiwanie** - okres od zgłoszenia zaginięcia Ubezpieczonego do odnalezienia lub zaprzestania akcji poszukiwawczej Ubezpieczonego prowadzonej przez wyspecjalizowane służby ratownictwa górskiego lub morskiego;
- 19) **ratownictwo** - udzielenie doraźnej pomocy medycznej, świadczonej przez wyspecjalizowane służby ratownictwa górskiego lub morskiego, od chwili odnalezienia Ubezpieczonego do czasu przewiezienia go do najbliższej wymaganej stanem zdrowia placówki medycznej;
- 20) **RP** - Rzeczpospolita Polska;
- 21) **składka** – kwota należna InterRisk za udzieloną ochronę ubezpieczeniową;
- 22) **sporty wysokiego ryzyka** – wspinaczka górską, taternictwo, alpinizm, himalaizm, narciarstwo lub snowboarding poza wyznaczonymi trasami, skoki i ewolucje narciarskie lub snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie; spadochroniarstwo, motolotniarstwo, lotnictwo, paralotniarstwo, bungee, nurkowanie w przestrzeniach zamkniętych: wrakowe, jaskiniowe, dekompresyjne, motocross, parkour, freerun, kolarstwo ekstremalne: freeride, downhill, off-road i rajdy przeprawowe, rajdy samochodowe, jazda na nartach wodnych, skeleton, short track, bojery, sporty, w których wykorzystywane są skutery śnieżne przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;
- 23) **substancja psychotropowa** – każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 24) **środek odurzający** - substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 25) **środek zastępczy** – substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w każdym stanie fizycznym lub produkt, roślina, grzyb lub ich część, zawierające taką substancję, używane zamiast środka odurzającego lub substancji psychotropowej lub w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 26) **świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu przez InterRisk w przypadku uznania roszczenia z umowy ubezpieczenia;
- 27) **ubezpieczający** – osoba zawierająca z InterRisk umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 28) **ubezpieczony** – wymieniona w umowie ubezpieczenia (polisie) osoba fizyczna, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie będzie miała ukończonych 70 lat, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia;
- 29) **udar mózgu** – rozpoznany przez lekarza specjalistę i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I60-I64;
- 30) **uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niewyznaczenia Uprawnionego, w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za Uprawnionego uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności i udziałów:
- współmałżonek Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że nie została orzeczona separacja,
  - dzieci Ubezpieczonego (w częściach równych),
  - rodzice Ubezpieczonego (w częściach równych) albo opiekunowie prawni (w częściach równych) sprawujący opiekę w momencie śmierci Ubezpieczonego,
  - pozostali członkowie najbliższej rodziny Ubezpieczonego będący spadkobiercami Ubezpieczonego (w częściach równych);
- 31) **wada wrodzona** – nieprawidłowość anatomiczna zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q00-Q99);
- 32) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej podejmowana w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych, polegająca na uprawianiu przez Ubezpieczonego sportu:
- poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach pozaszkolnych klubów, związków i organizacji sportowych,
  - poprzez uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w ramach szkolnych (uczniowskich) klubów sportowych,
  - podczas zajęć wychowania fizycznego odbywających się w ramach

- obowiązującego planu lekcji w klasach/szkołach sportowych;
- 33) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, który zaszedł w okresie ubezpieczenia;
- 34) **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne wydawane na zlecenie, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
- 35) **zawał serca** – rozpoznany przez lekarza i zakwalifikowany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako kod: I21-I22.

#### PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§4

- Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się Ubezpieczonemu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły na obszarze całego świata.

#### RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§5

- W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością InterRisk, InterRisk wypłaca świadczenie z tytułu inwalidztwa w wysokości procentu sumy ubezpieczenia określonego zgodnie z poniższą tabelą:

Stopień inwalidztwa (w %)	Wysokość świadczenia (w % sumy ubezpieczenia)
0	0
25	3,125
50	6,25
70	12,5
85	25
95	50
100	100

- Jeżeli stopień inwalidztwa Ubezpieczonego (w %) określony zgodnie z postanowieniami §15, nie jest równy któremukolwiek ze stopni określonych w tabeli, o której mowa w ust. 1, oraz jest nie mniejszy niż 1%, wysokość świadczenia oblicza się zgodnie z poniższym wzorem:

$$Y = C + ((X-A) \times (D-C)) / B - A,$$

gdzie:

Y - wysokość świadczenia

X – stopień (w %) inwalidztwa

A, B – dwa stopnie inwalidztwa określone w tabeli, o której mowa w ust. 1, najbliższe stopniu inwalidztwa Ubezpieczonego przy czym A jest wartością niższą, a B jest wartością wyższą

C – wysokość świadczenia (w % sumy ubezpieczenia) przysługującego za stopień inwalidztwa A

D – wysokość świadczenia (w % sumy ubezpieczenia) przysługującego za stopień inwalidztwa B

- W przypadku, gdy inwalidztwo Ubezpieczonego powstało w następstwie zawału serca lub udaru mózgu InterRisk wypłaci świadczenie w wysokości odpowiadającej iloczynowi stopnia inwalidztwa (w %) określonego zgodnie z postanowieniami §15 oraz 5% sumy ubezpieczenia
- Zakres ubezpieczenia obejmuje również zwrot następujących kosztów związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków, które zaszły w okresie odpowiedzialności InterRisk
  - koszty nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
    - są niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz,
    - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
  - koszty przekwalifikowania zawodowego osób niepełnosprawnych powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 1% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
    - Ubezpieczonemu, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych przyznano rentę szkoleniową jako osobie trwale niezdolnej do pracy w dotychczasowym zawodzie lub na podstawie orzeczenia powiatowego (lub wojewódzkiego) zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego jako osoby niepełnosprawnej oraz
    - zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty nieszczęśliwego wypadku;
  - zwrot kosztów operacji plastycznych – zwrot udokumentowanych kosztów do wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:



- a) operacja plastyczna została zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
  - b) koszty operacji plastycznej zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 4) uciążliwe leczenie - wypłata świadczenia w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż nieszczęśliwy wypadek nie pozostawił uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego (stopień inwalidztwa określony przez lekarza zaufania równy 0%) oraz zaszło jedno z niżej wymienionych zdarzeń:
- a) Ubezpieczony, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem przeszedł operację, która miała miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
  - b) Ubezpieczony w związku z nieszczęśliwym wypadkiem odbył minimum 5 dniowy pobyt w szpitalu, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
  - c) przebieg leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku spowodował czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy przez okres nie krótszy niż 14 dni.
  - d) Ubezpieczony w związku z nieszczęśliwym wypadkiem odbył minimum 10 dniowy cykl zabiegów leczenia rehabilitacyjnego
- 5) koszty ratownictwa i poszukiwania – wypłata świadczenia w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż obejmują one powstałe podczas podróży Ubezpieczonego udokumentowane i niezbędne koszty poszukiwania Ubezpieczonego w górach, na łądzie i na wodzie (koszty poszukiwania) oraz koszty udzielenia Ubezpieczonemu doraźnej pomocy medycznej (koszty ratownictwa) poniesione w akcjach ratowniczych przeprowadzonych przez wyspecjalizowane do tego typu działań służby ratownictwa górskiego lub morskigo.
6. Świadczenia, o których mowa w ust. 4 powyżej, wypłacane są niezależnie od tego czy w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową nastąpiło inwalidztwo Ubezpieczonego.
7. Za zapłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego może zostać rozszerzony o świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością InterRisk powodującego śmierć Ubezpieczonego, InterRisk wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, iż:
- 1) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
  - 2) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.

#### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§6

InterRisk nie odpowiada za wypadki ubezpieczeniowe powstałe w następstwie lub w związku z:

- 1) umyślnym popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
- 2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się przez Ubezpieczonego;
- 3) uszkodzeniami ciała zdiagnozowanymi przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego;
- 4) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał wymaganych zgodnie z przepisami prawa uprawnień do jego prowadzenia, o ile nieposiadanie uprawnień przez Ubezpieczonego do prowadzenia pojazdu miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 5) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, jeżeli pojazd był niezarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, a brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach, rajdach, wyścigach, pokazach, jazdach treningowych lub imprezach sportowych jako kierowca pojazdu, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdu w rozumieniu ustawy prawo o ruchu drogowym;
- 7) chorobą, chorobą zawodową, chorobą psychiczną, chorobą przewlekłą;
- 8) wadami wrodzonymi i ich następstwami;
- 9) zawałem serca lub udarem mózgu w przypadku Ubezpieczonego, który przekroczył 55 rok życia;
- 10) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu, za wyjątkiem wyczynowego uprawiania: bilardu, brydżu sportowego, golfa, modelarstwa sportowego, szachów, warcab, wędkarstwa, pokera,
- 11) uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka;
- 12) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawianie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 13) odpadami radioaktywnymi bądź materiałami wybuchowymi;
- 14) działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami, a także aktami terroru;
- 15) pandemią;
- 16) operacją wtórną.

#### SUMA UBEZPIECZENIA

§7

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest oddzielnie dla każdego Ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia wynosi nie więcej niż 500.000 złotych oraz nie mniej niż 100.000 zł.
3. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe powstałe w ciągu 12 miesięcznego okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na okres dłuższy niż 12 miesięcy, będący wielokrotnością 12 miesięcy – suma ubezpieczenia odnawia się na każde kolejne 12 miesięcy liczone od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej."

#### ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
  - 1) imię i nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego;
  - 2) imię i nazwisko oraz PESEL Ubezpieczonego;
  - 3) sumę ubezpieczenia;
  - 4) okres ubezpieczenia;
  - 5) rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej lub wykonywanej pracy zawodowej;
  - 6) rodzaj uprawianej dyscypliny sportowej.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej, co oznacza, że Ubezpieczony musi zostać wymieniony w umowie ubezpieczenia (polisie).
4. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy, chyba że umówiono się inaczej z zastrzeżeniem ust. 2-6.
2. Okres 12 miesięcy o którym mowa w ust. 1, kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień odpowiadający początkowej dacie okresu ubezpieczenia.
3. Przepis ust. 2 stosuje się do odpowiednio do umowy ubezpieczenia zawartej w tym samym dniu, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia.
4. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).
5. Umowa ubezpieczenia po upływie okresu jej ubezpieczenia, za zgodą InterRisk może zostać przedłużona na następny okres ubezpieczenia na podstawie OWU obowiązujących w dniu jej przedłużenia i zostaje potwierdzona w sposób, o którym mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu.
6. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

#### POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§10

1. Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia (polisie) jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki lub pierwszej raty składki.
2. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
  - 1) z dniem upływu okresu ubezpieczenia;
  - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
  - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §11 ust. 2-4;
  - 4) w przypadku opłacania składki w ratach - jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu;
  - 5) z dniem wypłaty świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem §7 ust. 4;
  - 6) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego z dniem otrzymania przez InterRisk oświadczenia o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie;
  - 7) wobec Ubezpieczonego - z dniem jego zgonu.

#### ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§11

1. Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania:
  - w przypadku umów zawartych na okres minimum 12 miesięcy ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia,
  - w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 12 miesięcy ze skutkiem natychmiastowym.
3. W przypadku 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.
4. Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki

lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.

- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana także na zasadach określonych w §10 ust. 2 pkt 4.

#### SKŁADKA §12

- Wysokość składki określa się w umowie ubezpieczenia (polisie).
- Składkę oblicza się za 12-miesięczny okres ubezpieczenia.
- Wysokość składki uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia, liczby Ubezpieczonych, rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej lub wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, rodzaju uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportu, bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia oraz płatności ratalnej.
- Wysokość składki oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Składka płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
- Na wniosek Ubezpieczającego składka może zostać rozłożona na raty. Termin płatności rat oblicza się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Terminy płatności i wysokości kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia (polisie), z zastrzeżeniem ust. 7.
- Składka powinna być zapłacona w terminie określonym w umowie ubezpieczenia (polisie) przypadającym nie później niż przed pierwszym dniem ubezpieczenia. W przypadku płatności ratalnej pierwsza rata składki jest płatna w terminie określonym w umowie ubezpieczenia (polisie) przypadającym przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki płatne są w terminach określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
- 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 InterRisk - pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego były zgromadzone wystarczające środki, w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku InterRisk odpowiednią kwotą.
- W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, zgodnie z §9 ust. 5, składka za kolejny okres ubezpieczenia ustalana jest z uwzględnieniem zniżki za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia w wysokości wynikającej z taryfy składek, pod warunkiem, że podczas poprzedniego okresu ubezpieczenia nie zostało zgłoszone żadne roszczenie z umowy ubezpieczenia.

#### PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY §13

- Ubezpieczający zobowiązany jest do:
  - przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości InterRisk wszystkie znane sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku albo przed zawarciem umowy w innych pismach;
  - zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości;
  - opłacenia składki lub jej rat w ustalonym terminie;
  - umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
  - przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU;
- Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, InterRisk nie odpowiada za skutki tych okoliczności.
- W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
  - Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej;
  - Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku;
  - Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego;
  - niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

- Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści z związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
  - firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk;
  - charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
  - możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów
- InterRisk zobowiązany jest do:
  - przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej wypłaty świadczenia;
  - dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU;
  - na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego;
  - udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu w taki sposób, aby Ubezpieczający lub Ubezpieczony mógł zapoznać się z nią przed zawarciem umowy ubezpieczenia; tabela dostępna jest na stronie [www.interrisk.pl](http://www.interrisk.pl) oraz w jednostkach organizacyjnych InterRisk;
  - udostępniania Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk;
  - wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia (polisie);
  - zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych;
  - pisemnego informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania zgodnie z §16 ust. 2;
  - pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu wypadku ubezpieczeniowego zgodnie z §16 ust. 2.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzedzającym zakład ubezpieczeń udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.
- Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od zakładu ubezpieczeń przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.

#### USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA §14

- W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest do:
  - niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń;
  - zawiadomienia o zajściu tego zdarzenia InterRisk nie później niż w terminie 14 dni od dnia zajścia zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, o ile stan zdrowia mu na to pozwala;
  - poddania się badaniu przez wskazanego przez InterRisk przez lekarza zaufania, jeżeli InterRisk zażądał takiego badania; celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała; koszt takiego badania oraz koszt dojazdu na badanie pokrywa InterRisk, przy czym InterRisk zwraca koszty dojazdu autobusem lub pociągiem drugiej klasy.
- W celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć poniższe dokumenty, o ile znajdują się one w jego posiadaniu:
  - notatkę z Policji potwierdzającą okoliczności zdarzenia, o ile zgłoszenie zostało dokonane;
  - dokumentację medyczną z przebiegu leczenia opisującą rodzaj doznanych obrażeń oraz zawierającą dokładną diagnozę;
  - kartę informacyjną ze szpitala;
  - w przypadku wypadku komunikacyjnego, o ile Ubezpieczony był kierowcą pojazdu:
    - kopię prawa jazdy i odpowiednich uprawnień do prowadzenia pojazdu,
    - kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu.
- Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w piśmie, o którym mowa w §16 ust. 2.
- InterRisk może na swój koszt, kierowca Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
- InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność

- lecniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informację o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
6. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 5, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego.

#### §15

1. Stopień inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, nie później jednak niż w 24 miesiącu od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Stopień inwalidztwa ustala lekarz zaufania zaocznie na podstawie zgłoszonego roszczenia i dostarczonej dokumentacji z przebiegu leczenia. Jeżeli nie jest możliwe zaoczne ustalenie stopnia inwalidztwa, jego wysokość ustala lekarz zaufania na podstawie badania przeprowadzonego z udziałem Ubezpieczonego.
3. Stopień inwalidztwa ustalany jest na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu InterRisk S.A. Vienna Insurance Group udostępnianej Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, na każdy ich wniosek.
4. Przy ustaleniu stopnia (procentu) inwalidztwa nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed nieszczęśliwym wypadkiem były już upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) inwalidztwa właściwym dla danego organu, narządu lub układu po nieszczęśliwym wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w terminie 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku zanim zostało zakończone leczenie, wysokość świadczenia ustala się zgodnie z zapisami § 5 ust. 6.
7. Jeżeli InterRisk wypłacił odszkodowanie z tytułu inwalidztwa, o którym mowa § 5 ust. 1-3, a następnie w terminie 24 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zmarł w związku przyczynowym z tym nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci również świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, o którym mowa w § 5 ust. 6, o ile umowa została rozszerzona o to świadczenie z zastrzeżeniem, że łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.

#### WYPŁATA ŚWIADCZENIA

##### §16

1. Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu, Ubezpieczonemu, osobie przez niego upoważnionej, a w przypadku małoletnich – przedstawicielowi ustawowemu.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, InterRisk informuje o tym Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego wypadku, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. InterRisk spełnia świadczenie w terminie trzydziestu (30) dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadomienia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonym w ust. 3 lub 4, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

#### §17

Świadczenie InterRisk wypłaca w złotych polskich.

#### SKARGI I REKLAMACJE

##### §18

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do składania skarg i zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez InterRisk zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamację można złożyć w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów. Reklamacja może być złożona:

- 1) w formie pisemnej – osobiście lub za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera;
- 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w jednostce InterRisk obsługującej klientów
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji reklamacje dotyczące likwidacji szkód powinno składać się w formie pisemnej za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera na adres do korespondencji wskazany w decyzji o wypłacie lub odmowie wypłaty odszkodowania lub świadczenia lub innym dokumencie, którego dotyczy reklamacja.
4. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamację wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
6. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamację w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź na reklamację osoby fizycznej może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo skierowania wniosku do Rzecznika Finansowego o podjęcie czynności. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
8. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

#### POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

##### §19

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
- 3) Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
- 4) Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.
- 5) Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
- 6) Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
- 7) Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

##### §20

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
3. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).
4. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.



Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 02/23/01/2018 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 23 stycznia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 23 lutego 2018 r.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Katarzyna Grześkowiak

*Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.*

*W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.*