

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych



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: Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych warunkach odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych zatwierdzonych uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych z osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

✓ Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w myśl przepisów prawa, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej w następstwie wypadków ubezpieczeniowych wchodzących w zakres przyjętego w umowie wariantu ubezpieczenia. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć z zakresem ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie podstawowym lub rozszerzonym. W wariantcie podstawowym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone poszkodowanemu czynem niedozwolonym. W wariantcie rozszerzonym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone pacjentowi czynem niedozwolonym z włączeniem ryzyka przeniesienia wirusa HIV i żółtaczki zakaźnej,
- 2) za szkody wyrządzone pacjentowi, wynikające z faktu niewykonania lub nienależytego wykonania świadczeń medycznych.

Suma gwarancyjna:

✓ Na wniosek Ubezpieczającego, strony ustalają sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia, zaistniałych w okresie ubezpieczenia. W ramach sumy gwarancyjnej, Ubezpieczający w porozumieniu z Ubezpieczycielem może ustalić podlimit sumy gwarancyjnej, który stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jeden wypadek ubezpieczeniowy.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

✗ Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej nie obejmuje innej odpowiedzialności niż wynikająca z wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za szkody:

! wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczonego lub osoby, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;

- ! wyrządzone przez pielęgniarkę, położną będącą w stanie nietrzeźwości, odurzenia narkotykami lub innymi środkami odurzającymi;
- ! powstałe wskutek wykonywania czynności medycznych pod przymusem lub w okresie wojny i stanu wojennego, wojny domowej, powstałe wskutek zaginięcia lub kradzieży gotówki, biżuterii, numizmatów, papierów wartościowych oraz wszelkiego rodzaju dokumentów;
- ! wyrządzone w następstwie wykonania czynności przez osoby nie posiadające w tym zakresie wymaganych kwalifikacji, uprawnień lub które utraciły prawo wykonywania zawodu;
- ! powstałe w wyniku nieprzestrzegania obowiązujących przepisów prawa, instrukcji lub regulaminów wewnętrznych, niewykonania obowiązków lub przekroczenia zakresu obowiązków;
- ! wyrządzone w następstwie użycia aparatury medycznej przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego niezgodnie z przeznaczeniem lub bez wymaganych uprawnień;
- ! powstałe wskutek używania urządzeń, narzędzi niesprawnych technicznie lub materiałów nie posiadających wymaganych atestów;
- ! powstałe w wyniku zastosowania przeterminowanych środków medycznych;
- ! spowodowane wadą stosowanych urządzeń, narzędzi lub materiałów, jeżeli o tej wadzie wiedziano lub przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczający/Ubezpieczony powinien wiedzieć;
- ! objęte zakresem ubezpieczeń obowiązkowych;
- ! wyrządzone osobie bliskiej;
- ! powstałe w następstwie naruszenia przepisów o zabezpieczeniu leków silnie działających, środków psychotropowych i narkotyków;
- ! wyrządzone w następstwie naruszenia obowiązujących regulacji dotyczących zabezpieczenia preparatów, odczynników, środków chemicznych;
- ! w następstwie których Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty kar pieniężnych, umownych, grzywnien sądowych lub administracyjnych;
- ! wynikające z czynności zakazanych przepisami prawa;
- ! za szkody wyrządzone poprzez przeniesienie chorób, w tym chorób zakaźnych i zakażeń, zakażeń zakaźnych;
- ! powstałe w wyniku zastosowania eksperymentalnych metod leczenia.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

- niezwłoczne powiadomienie InterRisk o zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego,
- użyć dostępnych mu środków w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.



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?

Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
- b) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- c) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego: Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie,
- d) ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z nieopłaceniem kolejnej raty składki określonym terminie,
- e) wyczerpania sumy gwarancyjnej, podlimitu na jeden Wypadek,
- f) zakończenia przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej/przejęcia Ubezpieczającego przez inny podmiot lub zakończenia wykonywania przez Ubezpieczonego zawodu pielęgniarstwa lub położnej.



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.

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 ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

InterRisk Kontakt
22 575 25 25

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 I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	3
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA	3
SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY	3
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA	3
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	4
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	4
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	4
ZGŁOSZENIE SZKODY, USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA	5
WYPŁATA ODSZKODOWANIA	6
ROSZCZENIA REGRESOWE	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 odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych, 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 „Ubezpieczycielem” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
- 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 Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego;
 - niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony 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 Ubezpieczyciela wynagrodzenie lub inne korzyści w 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 Ubezpieczyciela i adresie siedziby Ubezpieczyciela;
 - charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego;
 - możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym, że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy.
- Wszystkie postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu lub załącznika do umowy ubezpieczenia.
- Wszystkie zmiany umowy ubezpieczenia muszą być, pod rygorem ich nieważności, sporządzone na piśmie w formie aneksu do umowy ubezpieczenia.
- Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa

polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU lub wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie, innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia, a także pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- Choroby zakaźne** - choroby, które zostały wywołane przez drobnoustroje, ich toksyczne produkty, a także przez pasożyty lub inne biologiczne czynniki chorobotwórcze, które ze względu na charakter i sposób szerzenia się stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi;
- Fransyza redukcyjna** - ustalona w umowie ubezpieczenia wartość wyrażona procentowo lub kwotowo, pomniejszająca łączne odszkodowanie za wszystkie szkody wynikłe z jednego wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku szkód, których wielkość nie przekracza wartości fransyzy redukcyjnej, Ubezpieczyciel jest wolny od obowiązku wypłaty odszkodowania. Nie ma zastosowania w szkodach osobowych;
- Osoba bliska** - małżonek, konkubina, konkubent, dzieci, rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, wnuki, teściowie, zięciowie, synowie, ojczym, macocha, pasierbowie, przysposabiający, przysposobiony, opiekunowie posiadający tytuł prawny, osoby pozostające pod opieką;
- Pacjent** - osoba korzystająca z porad i innych usług medycznych, świadczonych przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego;
- Pielęgniarka i położna** - każda osoba mająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej;
- Poszkodowany** - każda osoba trzecia (a w szczególności pacjent) nie będąca stroną umowy ubezpieczenia, względem której odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę ponosi Ubezpieczający/Ubezpieczony;
- Suma gwarancyjna** - ustalana w porozumieniu z Ubezpieczającym, górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody powstałe z wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
- Szkoda osobowa** - szkoda będąca następstwem wypadku ubezpieczeniowego powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu ciała, wywołaniu rozstroju zdrowia lub spowodowaniu śmierci;
- Szkoda rzeczowa** - szkoda będąca następstwem wypadku ubezpieczeniowego powstałego w okresie ubezpieczenia, polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, poniesiona przez samego Poszkodowanego;
- Szkoda seryjna:**
 - wszystkie szkody, które powstały z tej samej przyczyny niezależnie od chwili wystąpienia, a które traktuje się jako jedną szkodę; za chwilę jej wystąpienia przyjmuje się chwilę powstania pierwszej z nich,
 - ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie szkody z serii pod warunkiem, iż wypadek ubezpieczeniowy je powodujący miał miejsce w trakcie okresu ubezpieczenia;
- Ubezpieczający** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- Ubezpieczony** - osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, posiadająca stosowne uprawnienia i wykonująca zawód pielęgniarki lub położnej;
- Wypadek ubezpieczeniowy** - zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną powstania szkody, rodzące odpowiedzialność cywilną Ubezpieczonego i pozostające w związku z wykonywaniem czynności

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 - §4, §8, §9, §13 - §16
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5, §6, §9 ust. 4, §12 ust. 3, §13 ust. 1 pkt 1 i 3, §14 ust. 6 i ust. 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Brak
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

zawodowych pielęgniarek i położnych;

- 14) **Zakażenie zakładowe** – zakażenie, które zostało nabyte w czasie pobytu w placówce medycznej udzielającej całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, a które w chwili przyjęcia pacjenta do zakładu nie było w okresie inkubacji.

PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§3

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, gdy w myśl przepisów prawa, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej w następstwie wypadków ubezpieczeniowych wchodzących w zakres przyjętego w umowie wariantu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność Ubezpieczającego/Ubezpiezonego za szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§4

1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć z zakresem ochrony ubezpieczeniowej w wariantach podstawowym lub rozszerzonym.
2. W wariantach podstawowym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone Poszkodowanemu czynem niedozwolonym.
3. W wariantach rozszerzonym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) za szkody osobowe i rzeczowe wyrządzone pacjentowi czynem niedozwolonym z włączeniem ryzyka przeniesienia wirusa HIV i żółtaczki zakaźnej,
 - 2) za szkody wyrządzone pacjentowi, wynikające z faktu niewykonania lub nienależytego wykonania świadczeń medycznych.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§5

1. Umowa ubezpieczenia nie obejmuje i w związku z tym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody:
 - 1) wyrządzone umyślnie przez Ubezpiezonego lub osoby, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 2) wyrządzone przez pielęgniarkę, położną będącą w stanie nietrzeźwości, odurzenia narkotykami lub innymi środkami odurzającymi,
 - 3) powstałe wskutek wykonywania czynności medycznych pod przymusem lub w okresie wojny i stanu wojennego, wojny domowej,
 - 4) powstałe wskutek zaginięcia lub kradzieży gotówki, biżuterii, numizmatów, papierów wartościowych oraz wszelkiego rodzaju dokumentów,
 - 5) wyrządzone w następstwie wykonania czynności przez osoby nie posiadające w tym zakresie wymaganych kwalifikacji, uprawnień lub które utraciły prawo wykonywania zawodu,
 - 6) powstałe w wyniku nieprzestrzegania obowiązujących przepisów prawa, instrukcji lub regulaminów wewnętrznych, niewykonania obowiązków lub przekroczenia zakresu obowiązków,
 - 7) wyrządzone w następstwie użycia aparatury medycznej przez Ubezpieczającego/Ubezpiezonego niezgodnie z przeznaczeniem lub bez wymaganych uprawnień,
 - 8) powstałe wskutek używania urządzeń, narzędzi niesprawnych technicznie lub materiałów nie posiadających wymaganych atestów,
 - 9) powstałe w wyniku zastosowania przeterminowanych środków medycznych,
 - 10) spowodowane wadą stosowanych urządzeń, narzędzi lub materiałów, jeżeli o tej wadzie wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności Ubezpieczający/Ubezpieczony powinien wiedzieć,
 - 11) objęte zakresem ubezpieczeń obowiązkowych,
 - 12) wyrządzone osobie bliskiej,
 - 13) powstałe w następstwie naruszenia przepisów o zabezpieczeniu leków silnie działających, środków psychotropowych i narkotyków,
 - 14) wyrządzone w następstwie naruszenia obowiązujących regulacji dotyczących zabezpieczenia preparatów, odczynników, środków chemicznych,
 - 15) w następstwie których Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty kar pieniężnych, umownych, grzywn sądowych lub administracyjnych,
 - 16) wynikające z czynności zakazanych przepisami prawa.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody wyrządzone poprzez przeniesienie chorób, w tym chorób zakaźnych i zakażeń, zakażeń zakładowych, z zastrzeżeniem §4 ust. 3 pkt 1 OWU.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za szkody powstałe w wyniku zastosowania eksperymentalnych metod leczenia, chyba że ryzyko to zostało ubezpieczone na indywidualnie ustalonych warunkach, za opłatą dodatkowej składki.
4. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Ubezpieczyciela na konsekwencje związa-

ne z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

SUMA GWARANCYJNA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§6

1. Na wniosek Ubezpieczającego, strony ustalają sumę gwarancyjną, która stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie szkody będące następstwem wypadków ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia, zaistniałych w okresie ubezpieczenia.
2. W ramach sumy gwarancyjnej, Ubezpieczający w porozumieniu z Ubezpieczycielem może ustalić podlimit sumy gwarancyjnej, który stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na jeden wypadek ubezpieczeniowy.
3. Suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej na jeden wypadek ubezpieczeniowy pomniejszana jest o kwotę wypłaconego odszkodowania (zasada konsumpcji sumy gwarancyjnej/podlimitu), z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Na wniosek Ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej na jeden wypadek ubezpieczeniowy może zostać uzupełniony do pierwotnej wysokości lub podwyższona w okresie ubezpieczenia. Uzupełniona lub podwyższona suma gwarancyjna, podlimit sumy gwarancyjnej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela od dnia następnego po opłaceniu dodatkowej składki.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zapłacenia należnego od Ubezpieczającego/Ubezpiezonego odszkodowania w granicach jego odpowiedzialności cywilnej, nie więcej jednak niż do wysokości sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu.
6. Poza wypłatą odszkodowania, Ubezpieczyciel pokrywa:
 - 1) poniesione po wystąpieniu wypadku koszty działań mających na celu zapobieżenie szkodzie lub zmniejszenie jej rozmiarów, jeżeli były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne,
 - 2) koszty wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za zgodą Ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - 3) uzasadnione koszty procesu z udziałem Ubezpieczającego/Ubezpiezonego jako strony pozwanej przeciwko której toczy się proces o naprawienie szkody objętej ochroną ubezpieczeniową, prowadzonego po uzyskaniu zgody Ubezpieczyciela na wadanie się w spór.
7. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 1 łącznie z ustalonym odszkodowaniem nie mogą przekroczyć ustalonej w umowie sumy gwarancyjnej.
8. Koszty, o których mowa w ust. 6 pkt 2 i 3 nie są zaliczane w poczet sumy gwarancyjnej, z tym, że ich łączna wysokość nie może przekroczyć 10% sumy gwarancyjnej za skutki wszystkich wypadków ubezpieczeniowych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

§7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko, adres (siedzibę), REGON, PESEL, NIP Ubezpieczającego/Ubezpiezonego, (dotyczy przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek),
 - 2) rodzaj specjalizacji zawodowej,
 - 3) okres trwania umowy ubezpieczenia,
 - 4) wskazanie wariantu zakresu ubezpieczenia,
 - 5) określenie sumy gwarancyjnej na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe, na jeden wypadek ubezpieczeniowy,
 - 6) informacje na temat szkodowości za ostatnie 3 lata (ilość, rodzaj, wielkość szkód z rozbiorem na poszczególne lata),
 - 7) propozycję ustaleń dodatkowych lub odmiennych od postanowień OWU, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie Ubezpieczyciela odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma Ubezpieczyciela w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, o ile strony nie umówią się inaczej.
5. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia (polisą).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§8

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki lub pierwszej raty składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje z dniem:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, o którym mowa w §9 ust. 1 OWU,
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §9 ust. 2 i 3 OWU,
 - 4) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego; Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie,
 - 5) ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w związku z nieopłaceniem kolejnej raty składki określonym w §9 ust. 4 OWU,
 - 6) wyczerpania sumy gwarancyjnej wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 7) wyczerpania podlimitu sumy gwarancyjnej na ryzyko dodatkowe wskutek wypłacenia odszkodowania lub odszkodowań o łącznej wysokości równej wysokości podlimitu. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje w części dotyczącej w/w ryzyka, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 8) zakończenia przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej lub przejęcia (tj. przejęcia kontroli nad co najmniej 50% akcji lub udziałów) Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego przez inny podmiot lub zakończenia wykonywania przez Ubezpieczonego zawodu pielęgniarstwa lub położnej.
4. Wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia może nastąpić za zgodą Ubezpieczyciela następnego dnia po zapłacie dodatkowej składki za doubezpieczenie, w przypadku gdy odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała wskutek wyczerpania sumy gwarancyjnej lub jej podlimitu na ryzyko dodatkowe, w części dotyczącej tego ryzyka.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§9

1. 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, z zastrzeżeniem §19 ust. 1.
2. W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, 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.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, Ubezpieczyciel 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 przypadła nie zapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie kolejnej raty składki w terminie, powoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela jeżeli po upływie terminu płatności raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem, o którym mowa w §8 ust. 3 pkt 8 OWU.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§10

1. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności od:
 - 1) zadeklarowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy gwarancyjnej, lub podlimitu sumy gwarancyjnej,
 - 2) rodzaju zawodowej specjalizacji Ubezpieczonego,
 - 3) zakresu ubezpieczenia,

- 4) okresu ubezpieczenia,
- 5) szkodowości.

3. Ponadto, w ustaleniu wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, z jej wykonywaniem oraz koszty reasekuracji ryzyka.
4. Składkę ubezpieczeniową oblicza się mnożąc określoną we wniosku ubezpieczeniowym sumę gwarancyjną przez właściwą dla danego ryzyka stawkę taryfową określoną w procentach (%), uzależnioną od czynników określonych w ust. 2 niniejszego paragrafu.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki Ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel może zastosować zniżki i/lub zwwyżki składki ubezpieczeniowej.
8. Wysokość należnej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwwyżki i zniżki w składce podstawowej.
9. Ubezpieczyciel może zastosować zwwyżki składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) rozłożenia płatności składki na raty,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych/odmiennych,
 - 3) obniżenia lub zniesienia franszyzy redukcyjnej,
 - 4) szkodowości występującej u Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek.
10. Ubezpieczyciel może zastosować zniżkę składki, w szczególności z tytułu:
 - 1) bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia w poprzednich okresach ubezpieczenia,
 - 2) wprowadzenia postanowień dodatkowych i/lub odmiennych.
11. Ubezpieczyciel może nie udzielić zniżki składki w przypadku zawierania ubezpieczeń na okres krótszy niż rok.
12. Składka ubezpieczeniowa za roczny okres ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty.
13. Wysokość składki lub rat składki z tytułu udzielonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, jak również terminy płatności określone są w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
14. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona najpóźniej w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności. W przypadku płatności ratalnej, pierwsza rata składki jest płatna w chwili zawierania umowy ubezpieczenia, natomiast kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia (polisie).
15. W przypadku, gdy składka lub rata składki za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki lub raty składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek Ubezpieczyciela.
16. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
17. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§11

1. Ubezpieczający jest zobowiązany:
 - 1) zapłacić składkę ubezpieczeniową lub jej raty w ustalonym w umowie ubezpieczenia terminie,
 - 2) podejmować środki ostrożności i zastosować się do zaleceń Ubezpieczyciela, wskazanych w celu zapobieżenia powstania szkody w umowie ubezpieczenia,
 - 3) podejmować działania zapobiegawcze oraz środki ostrożności w celu zapobieżenia powstaniu szkody,
 - 4) stosować się do przepisów prawa (wskazanych w OWU, w umowie ubezpieczenia lub w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia) mających na celu zapobieganie powstaniu szkody,
 - 5) przestrzegać obowiązków określonych w OWU oraz w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie).
2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst OWU. Na żądanie Ubezpieczonego Ubezpieczyciel udzieli informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności

Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Wyżej wymienione osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzania na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.

4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wglądu do ksiąg i dokumentów Ubezpieczającego/Ubezpieczonego związanych z zawartą umową ubezpieczenia oraz sporządzania z nich kopii w zakresie niezbędnym do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości odszkodowania.

§12

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. W okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać pisemnie Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i ust. 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 i 2 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest umożliwić przedstawicielowi Ubezpieczyciela dokonanie lustracji miejsca prowadzenia działalności przed zawarciem umowy ubezpieczenia i w trakcie jej trwania.

ZGŁOSZENIE SZKODY USTALENIE ROZMIARU SZKODY I WYSOKOŚCI ODSZKODOWANIA

§13

1. W przypadku powzięcia wiadomości o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) użyć dostępnych mu środków w celu jej zapobieżenia lub zmniejszenia jej rozmiarów; jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony umyślnie lub w skutek rażącego niedbalstwa nie wykona obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu,
 - 2) w sytuacji, kiedy istnieje podejrzenie, że popełniono przestępstwo, niezwłocznie powiadomić o szkodzie najbliższą terytorialnie jednostkę policji,
 - 3) niezwłocznie po uzyskaniu informacji o szkodzie, jednak nie później niż w ciągu 7 dni, zawiadomić na piśmie o jej wystąpieniu Ubezpieczyciela (najlepiej jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela, w której zawarto umowę ubezpieczenia). Zawiadomienie o szkodzie powinno zawierać w szczególności: informację o terminie wypadku ubezpieczeniowego, okolicznościach i miejscu powstania szkody, o przyczynie i rozmiarach szkody, numer polisy i dane Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, rodzaj, przedmiot i szacunkową wysokość szkody. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w niniejszym postanowieniu Ubezpieczyciel może dochodzić odpowiednio od Ubezpieczającego/Ubezpieczonego zwrotu wypłaconego Poszkodowanemu odszkodowania, w takiej części, w jakiej naruszenie to przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego,
 - 4) umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności i wysokości szkody, zasadności i wysokości roszczenia, udzielić wszelkiej niezbędnej pomocy, jak również udzielić Ubezpieczycielowi potrzebnych w tym celu dodatkowych wyjaśnień i informacji oraz przedstawić dowody i dokumenty, jakie odpowiednio do stanu rzeczy są wymagane,
 - 5) udzielić pełnomocnictw niezbędnych do prowadzenia spraw odszkodowawczych, w tym pełnomocnictwa procesowego wybranemu adwokatowi lub radcy prawnemu, jeżeli Poszkodowany wystąpił przeciw Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu na drogę sądową.
2. Na wniosek Ubezpieczyciela, Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć postanowienie o umorzeniu dochodzenia wszczętego w sprawie zgłoszonej szkody, bądź odpis prawomocnego wyroku sądowego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi wyroki i postanowienia wydane w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 5, w takim terminie, aby istniała możliwość wniesienia środka odwoławczego, o ile dokumenty te są w jego posiadaniu.
4. Jeżeli przeciwko Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu zostało wszczęte postępowanie karne albo jeżeli Poszkodowany wystąpił z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym Ubezpieczyciela, chociażby zgłosił już Ubezpieczycielowi fakt zaistnienia szkody.
5. Przyjęcie na siebie odpowiedzialności za szkodę lub zaspokojenie roszczeń osób trzecich przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, bez pisemnej zgody Ubezpieczyciela nie rodzi skutków dla Ubezpieczyciela.

6. Jeżeli wypadek ubezpieczeniowy, w wyniku którego powstała szkoda, jest objęty ochroną gwarancyjną również na podstawie umowy zawartej z innym Zakładem Ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest do natychmiastowego pisemnego poinformowania tego Zakładu Ubezpieczeń o powstaniu szkody i uzyskania potwierdzenia odebrania tej wiadomości oraz do zawiadomienia Ubezpieczyciela o przekazaniu takiej informacji (dostarczenie kopii pisma).
7. Ubezpieczający zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.

§14

1. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający/Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.
2. Oprócz złożenia wstępnego zawiadomienia o szkodzie, o którym mowa w §13 ust. 1 pkt 3 OWU, Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić formularz zgłoszenia szkody na druku obowiązującym u Ubezpieczyciela oraz dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:
 - 1) pisemne roszczenie Poszkodowanego/uprawnionego z umowy ubezpieczenia, o ile zostało złożone,
 - 2) kopię zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego policji, straży pożarnej i innym podmiotom, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami OWU należało powiadomić (w tym załączyć informację o wszczęciu lub umorzeniu dochodzenia), o ile znajdują się w jego posiadaniu,
 - 3) opis okoliczności i przebiegu wypadku ubezpieczeniowego sporządzony przez Poszkodowanego/uprawnionego z umowy ubezpieczenia, o ile wystąpił on z roszczeniem, o którym mowa w pkt 1,
 - 4) zeznania świadków w sprawie zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego (w formie pisemnego oświadczenia), o ile są w jego posiadaniu,
 - 5) dane świadków wypadku ubezpieczeniowego, o ile są w jego posiadaniu,
 - 6) dokument potwierdzający uprawnienia do wykonywania czynności zawodowych,
 - 7) stanowisko Ubezpieczającego/Ubezpieczonego co do istnienia jego odpowiedzialności za powstałą szkodę,
 - 8) dokument określający zakres odpowiedzialności i obowiązki zawodowe ciążyące na Ubezpieczającym/Ubezpieczonym,
 - 9) dokumenty potwierdzające dołożenie przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego należytej staranności w wykonywaniu obowiązków,
 - 10) w przypadku szkody osobowej – dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie szkody osobowej oraz poniesienie w związku z nią kosztów na leczenie i rehabilitację, o ile Poszkodowany je poniósł i o ile posiada dokumenty potwierdzające poniesienie tych kosztów,
 - 11) w przypadku szkody rzeczowej – dokumentację potwierdzającą fakt zakupu mienia nowego o takich samych lub podobnych parametrach (rachunek, faktura) lub kosztorysu naprawy mienia.
3. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać uzupełniony w zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 4.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z zaistniałym wypadkiem ubezpieczeniowym, ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości odszkodowania, Ubezpieczyciel w terminie siedmiu dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
6. W przypadku powstania szkody rzeczowej objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, należne odszkodowanie zostaje pomniejszone o franszyzę redukcyjną.
7. O ile strony nie umówią się inaczej franszyza redukcyjna w każdej szkodzie rzeczowej wynosi 250 PLN.

§15

1. Ubezpieczyciel ustala wysokość należnego odszkodowania według zasad odpowiedzialności cywilnej Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, z uwzględnieniem zapisów OWU oraz postanowień dodatkowych lub odmiennych, o ile strony wprowadziły je do umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, Poszkodowanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia rachunków, kosztorysów i innych dokumentów związanych z ustaleniem rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania.
3. Postępowanie likwidacyjne w zakresie przyczyny powstania i rozmiaru szkody przeprowadza Ubezpieczyciel przy współudziale Ubezpieczającego lub osób przez

niego upoważnionych. Koszty związane z ustaleniem przyczyny powstania i rozmiaru szkody każda ze stron ponosi we własnym zakresie.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§16

1. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Odszkodowanie może być wypłacane przelewem lub przekazem pocztowym.
3. Odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich lub w walucie obcej, przeliczanej według średniego kursu NBP z dnia wypłaty odszkodowania.
4. Odszkodowanie jest wypłacane w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o wypadku.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania, zawiadamia 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.
7. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 4 lub 5, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do Ubezpieczyciela lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia odszkodowania.

ROSZCZENIA REGRESOWE

§17

1. Z dniem wypłaty odszkodowania roszczenie Ubezpieczającego/Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczającemu/Ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
2. Roszczenia, o których mowa w ust. 1, nie przechodzą na Ubezpieczyciela, jeżeli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczający/Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi informacji i pomocy, dostarczyć dokumenty, o które Ubezpieczyciel poprosił, a znajdujący się one w jego posiadaniu, a także umożliwić prowadzenie czynności niezbędnych do skutecznego dochodzenia roszczeń regresowych przeciw osobom trzecim odpowiedzialnym za szkodę.

SKARGI I REKLAMACJE

§18

1. Reklamacja, skarga lub zażalenie skierowane do InterRisk, zwane dalej „reklamacjami”, mogą być złożone:
 - 1) **na piśmie:**
 - a) w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce InterRisk obsługującej klientów, albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe (na przykład na adres siedziby InterRisk, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa), albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej,
 - b) w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej (w szczególności e-mail na adres: reklamacje@interrisk.pl), albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-77929-49747-ASACI-18;
 - 2) **ustnie** – telefonicznie (preferowany numer: 22 575 25 25) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce InterRisk obsługującej klientów.
2. InterRisk rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
3. 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 przedłużony do 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.

4. InterRisk odpowiada na reklamację osoby fizycznej na piśmie:

- 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy reklamacja została złożona na piśmie w postaci papierowej, chyba że klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem klienta – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta ustnie.
5. W przypadku gdy reklamacja osoby fizycznej została złożona na piśmie w postaci elektronicznej, odpowiedź InterRisk jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego klient złożył reklamację, albo innego wskazanego przez klienta środka komunikacji elektronicznej – w przypadku gdy reklamacja została złożona przez klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
 - 2) na adres klienta do doręczeń elektronicznych – w przypadku gdy reklamacja została wysłana przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
 6. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
 7. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne InterRisk, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
 8. Będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, który złożył reklamację, przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
 9. 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 Ubezpieczycielowi przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczycielem 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 Ubezpieczycielem a konsumentem jest język polski.
7. Prawem właściwym dla stosunków Ubezpieczyciela z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Ubezpieczyciela 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.
2. Strony są obowiązane zawiadamiać o każdorazowej zmianie adresu.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego 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.

4. 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.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a Ubezpieczycielem jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
6. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
7. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§21

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 01/20/01/2026 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 stycznia 2026 roku.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Wiceprezes Zarządu



Włodzimierz Wasiak

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.

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, KRS: 0000054136, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, NIP: 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 137.640.100 PLN, Centrala, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa, InterRisk Kontakt: 22 575 25 25, interrisk.pl