

Przepisy ogólne § 1

- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, zwane dalej owu, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, prowadzącymi działalność gospodarczą, zwanymi dalej Ubezpieczającymi a InterRisk Towarzystwem Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanym dalej Ubezpieczycielem, które zawarły z Ubezpieczycielem minimum jedno z niżej wymienionych ubezpieczeń podstawowych:
 - obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem pojazdu,
 - autocasco.
- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym, że Ubezpieczony wskazany jest w umowie (polisie). Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela może on 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 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.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych owu mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu Cywilnego (Dz.U. z 1964r. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003r. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).

Definicje § 2

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

- lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia urazów lub zachorowań, będących podstawą zgłoszonego roszczenia, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczającym/Ubezpieczonym lub członkiem jego najbliższej rodziny;
- lekarz zaufania** – lekarz medycyny lub stomatologii, z którym Ubezpieczyciel zawarł umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia oraz orzekania o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki; lekarz zaufania będący osobą bliską dla Ubezpieczonego nie może dokonywać dla potrzeb Ubezpieczyciela oceny stanu zdrowia, podjętego leczenia i orzekać o czasowej niezdolności do wykonywania czynności zawodowych lub nauki;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, pozostające w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, wywołane przyczyną zewnętrzną, wskutek której Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub zmarł;
- operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez

- uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacją, w rozumieniu niniejszych owu, nie są: zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji oraz zabiegi nie będące koniecznością medyczną;
- pojazd mechaniczny:**
 - pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepa określone w przepisach ustawy - Prawo o ruchu drogowym,
 - pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy - Prawo o ruchu drogowym;
 - ruch pojazdu mechanicznego** – sytuacje gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności, w tym również:
 - wsiadanie i wysiadanie z pojazdu,
 - zatrzymanie,
 - załadunek i rozładunek;
 - środki pomocnicze** - wyłącznie środki pomocnicze wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z dn. 28.12.2004);
 - świadczenie** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu za roszczenie powstałe z powodu zaistnienia zdarzenia, za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową;
 - Ubezpieczający** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
 - Ubezpieczony** – kierowca i pasażerowie pojazdu, na rzecz których Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
 - Uprawniony** – osoba imiennie upoważniona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia. W przypadku nie wyznaczenia osoby uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego, za osobę uprawnioną uważa się członków najbliższej rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice Ubezpieczonego;
 - uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu;
 - wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2004r. (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z dn. 28.12.2004);

Przedmiot ubezpieczenia § 3

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów pojazdu wymienionego w umowie ubezpieczenia wynikające z poruszania się pojazdem po drogach publicznych, od momentu wsiadania do momentu wysiadania, z uwzględnieniem chwilowego zatrzymania pojazdu na trasie jazdy.

Zakres ubezpieczenia § 4

- Ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na uszkodzeniu ciała powodujące uszczerbek na zdrowiu lub śmierć Ubezpieczonego, które nastąpiły w związku z ruchem pojazdów mechanicznych.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków, które wydarzyły się podczas trwania umowy ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na terytorium krajów europejskich.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§5

1. Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych w wyniku:
 - 1) wystąpienia zaburzeń psychicznych u Ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek a także aktów terroru,
 - 3) wybuchu jądrowego, działania energii jądrowej lub promieniowania,
 - 4) zawodowego uprawiania sportów samochodowych,
 - 5) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi bez względu na to przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw wypadku i wykonywała je osoba uprawniona do wykonywania zabiegów lub leczenia.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków jeżeli uszkodzony:
 - 1) umyślnie przyczynił się do powstania wypadku,
 - 2) umyślnie spowodował wypadek,
 - 3) usiłował popełnić lub popełnił samobójstwo,
 - 4) popełnił przestępstwo lub zbiegł z miejsca przestępstwa.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków, w wyniku których Ubezpieczony zmarł, ale wypadek powstał w wyniku winy umyślnej osoby uprawnionej.
4. Umowa ubezpieczenia nie obejmuje także następstw nieszczęśliwych wypadków jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) nie zastosował się do zaleceń lekarza, dotyczących konieczności poddania się leczeniu lub zabiegowi,
 - 2) przerwał leczenie lub pobyt w szpitalu na własne życzenie, mimo zalecenia lekarza, co do jego kontynuacji,
 - 3) nie dopełnił obowiązków, o których mowa w §18.
5. Ubezpieczyciel wyłącza odpowiedzialność za następstwa nieszczęśliwych wypadków kierowcy, który:
 - 1) prowadził pojazd mechaniczny bez wymaganych uprawnień,
 - 2) nie posiadał ważnego badania technicznego pojazdu w dniu, gdy wystąpiła szkoda,
 - 3) prowadził pojazd będąc w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje strat materialnych z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych Ubezpieczonego powstałych w związku z zaistniałym wypadkiem.

Suma ubezpieczenia

§6

1. Suma ubezpieczenia dla osoby ustalona w umowie ubezpieczenia może wynosić 2 000 PLN, 5 000 PLN lub 10 000 PLN.
2. W razie przewożenia większej ilości osób niż liczba miejsc określona w dowodzie rejestracyjnym – sumę ubezpieczenia dla każdej osoby oblicza się jako stosunek łącznej sumy ubezpieczenia do liczby faktycznie przewożonych osób. Łączną sumę ubezpieczenia dla wszystkich osób ustala się mnożąc sumę ubezpieczenia dla osoby przez liczbę miejsc określoną w dowodzie rejestracyjnym pojazdu lub według faktycznej liczby miejsc siedzących.
3. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§7

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego.
2. Wniosek ubezpieczeniowy powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) i adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) imię, nazwisko (nazwę) i adres (siedzibę) Ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek,
 - 3) okres ubezpieczenia,
 - 4) przedmiot ubezpieczenia,

- 5) wnioskowaną sumę ubezpieczenia,
- 6) propozycję ustaleń dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych owu, o ile Ubezpieczający chce je wprowadzić do umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego w piśmie.
4. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 2 lub 3 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.
5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na następny 12 miesięczny okres ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu jej przedłużenia.
7. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
8. 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 od dnia wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia) jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu składki, chyba że umówiono się inaczej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje z dniem:
 - 1) upływu okresu ubezpieczenia,
 - 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela od umowy ubezpieczenia,
 - 3) upływu okresu wypowiedzenia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym przez jedną ze stron, zgodnie z § 9 ust. 1, 2 i 3.
 - 4) z chwilą wyrejestrowania pojazdu,
 - 5) przejścia prawa własności pojazdu na inną osobę, z wyjątkiem przejścia prawa własności pojazdu na dotychczasowego posiadacza; w tej sytuacji odpowiedzialność nie ustaje pod warunkiem, że posiadacz pojazdu był w dotychczasowej umowie ubezpieczenia Ubezpieczającym.

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.
2. 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.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka 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 przypadała nie zapłacona składka.

4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia na który została zawarta,
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z chwilą wyrejestrowania pojazdu,
 - 4) z chwilą przejścia prawa własności pojazdu na inną osobę, z wyjątkiem przejścia prawa własności pojazdu na dotychczasowego posiadacza; w tej sytuacji umowa ubezpieczenia nie rozwiązuje się pod warunkiem, że posiadacz pojazdu był w dotychczasowej umowie ubezpieczenia Ubezpieczającym.
3. 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.

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:
 - 1) zadeklarowanej przez Ubezpieczającego wysokości sumy ubezpieczenia,
 - 2) rodzaju pojazdu,
 - 3) okresu ubezpieczenia,
 - 4) ilości miejsc pasażerskich w pojeździe.
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 ubezpieczenia dla osoby przez właściwą dla danego ryzyka stawkę taryfową określoną w promilach (‰) oraz liczbę miejsc w pojeździe zgodnie z zapisem w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli taryfa składek nie uwzględnia ubezpieczanego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
7. Wysokość składki z tytułu udzielonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, jak również termin płatności określony jest w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy składka za ubezpieczenie płatna jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień opłacenia składki uważa się datę wpływu środków pieniężnych na właściwy rachunek Ubezpieczyciela.
9. Składka za ubezpieczenie powinna być zapłacona jednorazowo w dniu zawarcia umowy, chyba że strony umowy ustaliły w umowie ubezpieczenia (polisie) późniejszy termin płatności.
10. Zapłata składki w terminie późniejszym niż w dniu zawarcia umowy powinna nastąpić:
 - 1) do 14 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia z osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej,
 - 2) do 3 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia z osobą fizyczną.
11. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez którąkolwiek ze stron, Ubezpieczycielowi należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
12. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo składania skarg i zażaleń do Zarządu Ubezpieczyciela za pośrednictwem Oddziału lub Przedstawicielstwa Ubezpieczyciela, w którym zawarto lub w imieniu którego zawarto umowę ubezpieczenia. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich przesłaniu drogą pisemną do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości roszczenia. 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.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do akt szkodowych w jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela lub uzgodnionej z Ubezpieczycielem i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów z akt szkodowych. Opłata za wydanie odpisów lub kserokopii jest pobierana w oparciu o cennik dostępny w jednostkach organizacyjnych Ubezpieczyciela.

§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 przed zawarciem umowy w innych pismach.
2. W okresie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać pisemnie Ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, o których Ubezpieczający informował Ubezpieczyciela przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości Ubezpieczyciela okoliczności znanych sobie, o których mowa w ust. 1 lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadomienia w formie pisemnej Ubezpieczonego o zakresie i sposobie wykonania obowiązków wynikających dla Ubezpieczonego z niniejszych owu.

§13

W razie powstania roszczenia, mogącego powodować odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczający/Ubezpieczony obowiązany jest do:

- 1) podjęcia wszelkich działań zmierzających do ograniczenia jego rozmiarów,
- 2) niezwłocznego zgłoszenia się do lekarza i zastosowania się do jego zaleceń,
- 3) niezwłocznego zgłoszenia roszczenia w formie pisemnej do Ubezpieczyciela,
- 4) poddania się badaniu przez lekarza zaufania wskazanego przez Ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej, celem rozpoznania zgłaszanych obrażeń ciała; koszt takich badań pokrywa Ubezpieczyciel.

Zgłoszenie roszczenia, ustalenie i wypłata świadczenia

§14

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu wszelkie informacje niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji szkody.
1. Pisemne zawiadomienie o powstaniu roszczenia Ubezpieczający/ Ubezpieczony może złożyć w każdej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.
2. Do zawiadomienia o powstaniu roszczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony zobowiązany jest dołączyć poniższe podstawowe dokumenty:

- 1) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia wypadku oraz nazwiska ewentualnych świadków,
 - 2) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w jego posiadaniu,
 - 3) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 4) posiadane zaświadczenia szpitalne związane z wypadkiem, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 5) w przypadku śmierci - akt zgonu Ubezpieczonego lub orzeczenie sądu uznające Ubezpieczonego za osobę zmarłą,
 - 6) tłumaczenie dokumentów sporządzonych oryginalnie w języku obcym na język polski,
3. Wykaz podstawowych dokumentów może zostać zmieniony w zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 4.
 4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego 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 zdarzenia, 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 Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości odszkodowania (świadczenia), Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania (świadczenia).
 6. Ubezpieczyciel może wystąpić, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez Ubezpieczyciela, do zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o stanie jego zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego.
 7. Wystąpienie Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 6 wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

Rodzaje świadczeń

§15

1. Z tytułu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia:
 - 1) z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) w razie 100% uszczerbku na zdrowiu - przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie);
 - b) w przypadku uszczerbku na zdrowiu – taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim nastąpiła utrata zdrowia określona przez lekarza zaufania procentem uszczerbku na zdrowiu.
 - 2) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia (polisie), pod warunkiem, iż:
 - a) nieszczęśliwy wypadek wydarzył się w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) śmierć nastąpiła w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczyciel zwraca koszty pogrzebu Ubezpieczonego

osobie, która te koszty faktycznie pokryła (także Uprawnionemu nawet jeśli otrzymał świadczenie, zgodnie z ust. 1 pkt. 2), do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, w granicach sumy ubezpieczenia, jeżeli koszty pogrzebu:

- 1) są udokumentowane rachunkami lub fakturami,
 - 2) nie mogły być pokryte z innego ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel zwraca koszty nabycia protez oraz wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, a także koszty zawodowego przeszkolenia inwalidów, do wysokości 10% sumy ubezpieczenia w granicach sumy ubezpieczenia. Koszty nabycia protez oraz wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków, a także koszty zawodowego przeszkolenia inwalidów podlegają zwrotowi, jeżeli:
 - 1) są udokumentowane rachunkami lub fakturami,
 - 2) zalecenie lekarza, co do zakresu i użycia protez oraz wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych lub skierowanie na przeszkolenie zawodowe nastąpiło:
 - a) przed osiągnięciem wieku 24 lat, jeśli chodzi o Ubezpieczonego małoletniego,
 - b) przed upływem 5 lat od daty wypadku, jeśli chodzi o Ubezpieczonego pełnoletniego.
 - 3) nie mogły być pokryte z innego ubezpieczenia.

§16

1. Udowodnione (udokumentowane) koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, a także przeszkolenia zawodowego inwalidów są pokrywane przez Ubezpieczyciela (w wysokościach określonych niniejszymi warunkami ogólnymi) jeżeli nie mogły być pokryte z ubezpieczenia społecznego oraz pod warunkiem, że wystąpiły przed upływem dwóch lat od daty wypadku.
2. Świadczenie z tytułu zwrotu udokumentowanych kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, a także przeszkolenia zawodowego inwalidów i kosztów leczenia następuje na podstawie złożonych oryginalnych rachunków i faktur.
3. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się Uprawnionemu tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego Ubezpieczonemu, przy czym potrąca się uprzednio wypłaconą kwotę.
4. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu procentu uszczerbku na zdrowiu, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowym z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ubezpieczeniem, nie wypłacone przed śmiercią Ubezpieczonemu świadczenie za uszczerbek na zdrowiu wypłaca się Uprawnionemu.
5. Jeżeli badanie lekarskie stwierdza brak uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, a leczenie przebiegało w sposób uciążliwy dla Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może wypłacić świadczenie jednorazowe w wysokości do 3% sumy ubezpieczenia. Przyjmuje się że leczenie przebiega w sposób uciążliwy, jeżeli zachodzi medyczna konieczność przynajmniej jednego zdarzenia:
 - 1) przeprowadzenia operacji,
 - 2) leczenia stacjonarnego (szpitalnego) trwającego co najmniej 5 dni,
 - 3) leczenia pozastacjonarnego powyżej 14 dni udokumentowanego stosownym zwolnieniem lekarskim L-4.
6. Wszelkie dokumenty dotyczące zaistniałego zdarzenia, przedłożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego podlegają weryfikacji przez Ubezpieczyciela.
7. Jeżeli Ubezpieczony był ubezpieczony na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu kosztów nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów nie mogą przekraczać rzeczywistych, udowodnionych kosztów.

§17

Niezależnie od świadczeń, o których mowa w § 15 i 16 Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu, w granicach sumy ubezpieczenia:

1. niezbędne wydatki poniesione na przejazdy do wskazanych przez Ubezpieczyciela lekarzy i na obserwację kliniczną oraz koszty badań lekarskich wymaganych dla uzasadnienia roszczeń,
2. udokumentowane rachunkami, niezbędne koszty udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej:
 - 1) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej maksymalnie do kwoty 300 PLN,
 - 2) za granicą Rzeczypospolitej Polskiej maksymalnie do kwoty stanowiącej równowartość 500 EURO w przeliczeniu na złote według kursu średniego walut ogłoszonego przez NBP w dniu powstania zdarzenia. Zwrot kosztów udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej dotyczy wyłącznie kosztów nie podlegających pokryciu z tytułu innego ubezpieczenia.

Postępowanie w razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku §18

1. W razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczający, Ubezpieczony i Uprawniony, każdy z nich w zakresie swoich możliwości są obowiązani:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez natychmiastowe poddanie Ubezpieczonego opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) zabezpieczyć wszelkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem dla uzasadnienia zgłoszonego roszczenia,
 - 3) zawiadomić niezwłocznie o wypadku Ubezpieczyciela. Za niezwłoczne rozumie się złożenie zawiadomienia o szkodzie w terminie 7 dni roboczych od dnia wypadku,
 - 4) dostarczyć Ubezpieczycielowi:
 - a) dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku,
 - b) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia,
 - c) w razie śmierci Ubezpieczonego – wyciąg z aktu zgonu Ubezpieczonego oraz dokument Urzędu Stanu Cywilnego, stwierdzający pokrewieństwo lub powinowactwo Uprawnionego z Ubezpieczonym. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo wykonania fotokopii przedstawionych dokumentów.
 - 5) poddać Ubezpieczonego badaniu przez lekarzy, wskazanych przez Ubezpieczyciela lub ewentualnej obserwacji klinicznej,
 - 6) przekazać Ubezpieczycielowi wszelkie informacje, dotyczące okoliczności zdarzenia.
2. Jeżeli zaniechanie któregośkolwiek z obowiązków, o których mowa w ust. 1, miało wpływ na ustalenie okoliczności lub wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty świadczenia lub je zmniejsza.

Ustalenie wysokości świadczenia §19

1. Wypłata świadczenia jest uzależniona od istnienia związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem, a śmiercią lub uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
2. Ustalenie związku przyczynowego o którym mowa w ust. 1, oraz stopnia uszczerbku na zdrowiu, następuje na podstawie dostarczonych dowodów określonych w § 18, ustaleń Ubezpieczyciela oraz wyników badań lekarskich.
3. Ustalenie wysokości uszczerbku na zdrowiu następuje w Polsce, na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego oraz dokumentów przedłożonych przez poszkodowanego. Wysokość uszczerbku na zdrowiu określają lekarze zaufania Ubezpieczyciela.
4. Właściwe orzeczenie wydaje się na podstawie Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczyciela.
5. Przy ustalaniu stopnia (procentu) uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone,

świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

7. Wysokość należnych świadczeń ustala się przyjmując za podstawę sumę ubezpieczenia dla jednej osoby ustaloną zgodnie z § 6.

Wypłata świadczenia §20

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, zawartej z Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Świadczenie może być wypłacone: przelewem, czekiem, gotówką z kasy lub przekazem pocztowym po potrąceniu kosztów wysyłki.
3. Świadczenie jest wypłacane w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o powstaniu roszczenia.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 lub 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
6. Jeżeli w sprawie zaistniałego zdarzenia zostało wdrożone postępowanie karne lub cywilne, którego wynik ma istotne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zdarzenie, a ustalenia te nie mogą być dokonane samodzielnie w postępowaniu likwidacyjnym, świadczenie wypłacane jest w terminie 14 dni od uprawomocnienia się orzeczenia wydanego w tym postępowaniu.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, w terminie 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 wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela albo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia, może w terminie 30 dni od daty otrzymania decyzji w sprawie szkody zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Ubezpieczyciela.
9. Poza trybem odwoławczym przewidzianym w ust. 7 i 8 niniejszego paragrafu Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony może zgłaszać skargi do Rzecznika Ubezpieczonych, jako podmiotu posiadającego ustawowe kompetencje w zakresie ich rozpatrywania.
10. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie wypłaty świadczenia lub z wysokością przyznanego świadczenia może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, bez zachowania trybu określonego w ust. 7 i 8.

Postanowienia końcowe

§21

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron, w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Ubezpieczający/Ubezpieczony jest zobowiązany zawiadamiać Ubezpieczyciela o każdorazowej zmianie siedziby lub adresu. Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od chwili, w której zostałyby doręczone, gdyby Ubezpieczający/Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych owu jest prawo polskie.

§22

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 43/2008 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 14.10.2008r.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01 grudnia 2008 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od tego dnia.
3. Tracą moc ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów w związku z ruchem pojazdów mechanicznych zatwierdzone Uchwałą nr 52/2007 Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007r. oraz wprowadzone Zarządzeniem nr 04/2007 Prezesa Zarządu CIGNA STU S.A. z dnia 31.07.2007 r.

Prezes Zarządu



Jan Bogutyn

Wiceprezes Zarządu,



Zbigniew Mikulski

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
www.interrisk.pl

KRS 0000054136, Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526-00-38-806
Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony: 78.440.000 PLN

