

**ROZDZIAŁ I  
POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do stosunków umownych ubezpieczenia powstałych między CONCORDIA POLSKA Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu, zwanym dalej Towarzystwem, a osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającym.

**§ 2**

1. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych niniejszymi OWU.
2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych (dodatkowych lub odmiennych), niniejsze OWU mają zastosowanie o tyle, o ile wprowadzone do umowy postanowienia szczególne nie stanowią inaczej.

**§ 3**

W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia oraz postanowieniami niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego (k.c.) oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

**§ 4**

Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Postanowienia niniejszych OWU stosuje się wówczas odpowiednio do osoby trzeciej tj. Ubezpieczonego.

**§ 5**

Przez użyte w niniejszych OWU określenia rozumie się:

- 1) **Ubezpieczony** – osoba określona w umowie ubezpieczenia, której zdrowie i życie są przedmiotem umowy ubezpieczenia,
- 2) **Uprawniony** – osoba określona w umowie ubezpieczenia, która jest upoważniona do odbioru świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego; w sytuacji braku takiej osoby do odbioru świadczenia upoważnieni są:
  - a) małżonek ,
  - b) dzieci,
  - c) rodzice,
  - d) inni spadkobiercy ustawowi,
- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł,
- 4) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - takie naruszenie sprawności organizmu, które polega na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodując upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy,
- 5) **wyczynowe uprawianie sportu** - forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie, w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych;

przez wyczynowe uprawianie sportu rozumie się również profesjonalne uprawianie sportu w celach zarobkowych,

- 6) **placówka oświatowo-wychowawcza** – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum, szkoła średnia, uczelnie wyższe oraz inne placówki wychowawcze,
- 7) **ubezpieczenie grupowe** – ubezpieczenie obejmujące grupę osób fizycznych należących do określonej zbiorowości: zakładu pracy, jednostki organizacyjnej, stowarzyszenia, klubu, żłobka, przedszkola, szkoły, uczelni, uczestników obozów, kolonii, wczasów, kuracjuszy w sanatoriach, itp. na rzecz których zawarto umowę ubezpieczenia.

## **ROZDZIAŁ II**

### **PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

#### **§ 6**

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć.

#### **§ 7**

1. Ubezpieczenie może obejmować następujące zakresy:

- 1) pełny – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w czasie pracy, zajęć w szkole (przedszkolu), w drodze z domu do pracy, szkoły (przedszkola), w drodze ze szkoły (przedszkola), pracy do domu oraz w życiu prywatnym,
- 2) ograniczony – ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków w czasie pracy, zajęć w szkole (przedszkolu), w drodze z domu do pracy, szkoły (przedszkola) oraz w drodze ze szkoły (przedszkola), pracy do domu.

2. W ubezpieczeniu grupowym imiennym lub bezimiennym w stosunku do wszystkich osób objętych umową ubezpieczenia obowiązuje ten sam zakres ochrony ubezpieczeniowej.

#### **§ 8**

Towarzystwo odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza granicami kraju.

## **ROZDZIAŁ III**

### **WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI**

#### **§ 9**

1. Towarzystwo nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych wskutek:

- 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, przestępstwa lub samookaleczenia przez Ubezpieczonego,
- 2) zakłóceń, zaburzeń świadomości lub zatrucia wynikających ze spożycia alkoholu, użycia narkotyków lub innych środków psychotropowych,
- 3) zdarzeń spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczającego lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa,
- 4) działań wojennych, zamachów terrorystycznych,
- 5) pośredniego i bezpośredniego działania materiałów radioaktywnych, chemicznych,
- 6) uczestnictwa w rozruchach, sabotażach, strajkach, bójkach, porachunkach, itp.,

- 7) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że leczenie było spowodowane bezpośrednimi następstwami nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową,
  - 8) prowadzenia pojazdów mechanicznych przez Ubezpieczonego bez wymaganych uprawnień lub po spożyciu alkoholu, użycia narkotyków lub środków psychotropowych,
  - 9) chorób i zaburzeń psychicznych, chorób zawodowych, przewlekłych, chronicznych, wrodzonych lub tropikalnych oraz wszelkich chorób i stanów chorobowych występujących nagle,
  - 10) zdarzeń zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,
  - 11) wykonywania pracy zarobkowej poza granicami kraju bez wymaganego pozwolenia o pracę,
  - 12) wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego zarejestrowanego w związku sportowym lub klubie sportowym wszystkich dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych,
  - 13) zawału serca i udaru mózgu, z wyłączeniem zawału serca lub udaru mózgu zaistniałego u dzieci, młodzieży szkolnej i studenckiej.
2. Szkody wynikłe na skutek następstw nieszczęśliwych wypadków wymienionych w ust. 1 pkt.12 i 13) mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa na pisemny wniosek Ubezpieczającego i po opłaceniu dodatkowej składki.

#### § 10

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból i cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.

### ROZDZIAŁ IV

#### SUMA UBEZPIECZENIA - RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

#### § 11

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa, którą ustala Ubezpieczający w porozumieniu z Towarzystwem. Wysokość sumy ubezpieczenia Ubezpieczający określa we wniosku o zawarcie umowy; suma ubezpieczenia może być również zawarta w treści umowy lub Polisy wystawionej przez Towarzystwo. Jeżeli żaden z dokumentów nie będzie wskazywał sumy ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje maksymalną kwotę sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 § 10.
2. Suma ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 2000 zł i nie więcej niż 20.000 zł. Strony umowy mogą ustalić inną wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana taka może pociągać za sobą zmianę wysokości składki ubezpieczeniowej.
3. W ubezpieczeniu grupowym imiennym lub bezimiennym, sumę ubezpieczenia ustala się w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych osób.
4. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust.1 i 2, ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.

5. Ubezpieczający może w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu rozpoczyna się po upływie 7 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy i opłacenia składki.
6. Towarzystwo może wprowadzić ograniczenia w ustalaniu wysokości sumy ubezpieczenia lub odroczyć akceptację sumy ubezpieczenia, jeżeli takie postępowanie wynika z zasad reasekuracji przyjętych w Towarzystwie. W przypadku odroczenia akceptacji sumy ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o terminie finalizacji umowy.

## § 12

1. Ubezpieczonemu (Uprawnionemu) przysługują (ustalone szczegółowo w umowie) następujące świadczenia:
  - 1) z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości 50% sumy ubezpieczenia,
  - 2) z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która miała miejsce na terenie szkoły (przedszkola/uczelni), a jej przyczyną nie był zawał serca lub wylew krwi do mózgu, Uprawnionemu przysługuje 200% sumy ubezpieczenia,
  - 3) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości odpowiedniej do stopnia (procentu) trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w przypadku 100% inwalidztwa – pełna suma ubezpieczenia,
  - 4) z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która miała miejsce na terenie zakładu pracy, a jej przyczyną nie był zawał serca lub wylew krwi do mózgu, Uprawnionemu przysługuje 100% sumy ubezpieczenia.
2. Ponadto Ubezpieczonemu (Uprawnionemu) za opłatą dodatkowej składki, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, może przysługiwać:
  - 1) prawo do otrzymania diety dziennej, czyli świadczenia wypłacanego w przypadkach określonych w § 14 i 15,
  - 2) zwrot kosztów leczenia spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 3) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów w okresie do 2 lat od daty zaistnienia zdarzenia, pod warunkiem, że Ubezpieczony na skutek odniesionego trwałego uszczerbku na zdrowiu utracił możliwość wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej.

## § 13

Towarzystwo wypłaci należne świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpi ona przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.

## § 14

1. Prawo do diety dziennej przysługuje, na podstawie udokumentowanego orzeczenia lekarskiego od 7 dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, jednak nie dłużej niż za okres 60 dni od tej daty.
2. Wysokość diety dziennej wynosi 0,2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień jednak nie więcej niż 20% sumy ubezpieczenia.

#### § 15

Prawo do diety dziennej przysługuje tylko i wyłącznie za pobyt w szpitalu niezbędny do leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku.

#### § 16

W rozumieniu niniejszych OWU kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty, które nie zostaną pokryte z Kasy Chorych lub z innego tytułu:

- 1) opieki medycznej,
- 2) pobytu w szpitalu,
- 3) operacji i zabiegów ambulatoryjnych,
- 4) wizyt i badań lekarskich,
- 5) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych oraz protez zalecanych przez lekarza,
- 6) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu,
- 7) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 24 dni pod warunkiem ich akceptacji przez lekarza Towarzystwa.

#### § 17

Zwrot kosztów leczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów przysługuje do wysokości 30% sumy ubezpieczenia na podstawie oryginalnych imiennych rachunków.

### **ROZDZIAŁ V**

#### **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

#### § 18

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego w Towarzystwie, zawierającego informacje niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i określenia należnej składki.
2. Wniosek powinien zawierać w szczególności następujące dane:
  - 1) imię i nazwisko (nazwę firmy) oraz adres Ubezpieczającego,
  - 2) okres objęty umową ubezpieczenia,
  - 3) sumę ubezpieczenia,
  - 4) liczbę osób podlegających ubezpieczeniu,
  - 5) listę ubezpieczonych osób w przypadku zawarcia grupowego ubezpieczenia imiennego.
3. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczający powinien podać inne informacje niezbędne dla prawidłowej oceny ryzyka.
4. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Towarzystwo o wszystkich innych znanych mu faktach, o ile są one istotne dla oceny ubezpieczonego ryzyka, zakresu odpowiedzialności ubezpieczeniowej i określenia wysokości składki.
5. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

6. Podczas trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić niezwłocznie, a najpóźniej w ciągu 30 dni, o każdym istotnym zwiększeniu prawdopodobieństwa powstania zdarzenia mogącego wywołać szkodę.

#### § 19

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest formie grupowej imiennej lub bezimiennej.
2. Grupowa umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie bezimiennej pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób wchodzących w skład zakładu pracy, szkoły, klasy, grupy, wycieczki itp. W przypadku zawarcia umowy w formie bezimiennej, na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek prowadzenia aktualnej imiennej listy Ubezpieczonych oraz informowania Towarzystwa o zmianach dotyczących liczby ubezpieczonych osób.
3. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej Towarzystwo, na wniosek kierownictwa placówki oświatowo-wychowawczej w porozumieniu z komitetem rodzicielskim lub samorządem studenckim, może zwolnić od płacenia składki osoby znajdujące się w szczególnie trudnej sytuacji finansowej:
  - 1) do 10% ogólnej liczby ubezpieczonych osób w szkołach specjalnych,
  - 2) do 5% ogólnej liczby osób ubezpieczonych w pozostałych placówkach oświatowych.
4. Grupową umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się w przypadku objęcia ubezpieczeniem wybranych osób należących do danej zbiorowości. Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek sporządzenia imiennej listy osób ubezpieczonych i dołączenia jej do wniosku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 20.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie imiennej lub na rzecz osób uczących się w szkołach wieczorowych, studiach licencjackich albo zaocznych nie przysługują zwolnienia z opłaty składki, o którym mowa w ust. 3.
6. Minimalna liczba wymagana przy ubezpieczeniu grupowym wynosi 5 osób.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do złożenia wniosku ubezpieczeniowego o grupowe ubezpieczenie dzieci i młodzieży w placówkach oświatowo-wychowawczych nie później niż do dnia:
  - 1) 31 października danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu szkół, przedszkoli, itp.,
  - 2) 30 listopada danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu uczelni wyższych.

#### § 20

1. Osoby ubezpieczone za pośrednictwem zakładu pracy w ramach imiennej umowy ubezpieczenia składają indywidualne deklaracje zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na swoją rzecz oraz na potrącanie im składek z comiesięcznego wynagrodzenia.
2. Deklaracje podpisywane są na czas nieoznaczony.
3. Deklaracje w ciągu 14 dni od daty ich wypisania wraz z imiennym wykazem osób

sporządzonym w dwóch egzemplarzach, przekazywane są do Towarzystwa celem potwierdzenia zgłoszenia osób do ubezpieczenia. Po potwierdzeniu deklaracji zgody Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu kopie wykazu i oryginały deklaracji w celu przechowywania ich jako dowodu ubezpieczenia poszczególnych osób.

4. Wykaz imienny osób oraz deklaracje zgody powinny być na bieżąco aktualizowane i wszelkie zmiany przekazywane do Towarzystwa.

#### § 21

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres:
  - 1) trwania wycieczki, wczasów, kolonii, obozu, pobytu w sanatorium, itp. – umowa okresowa,
  - 2) dwunastu miesięcy – umowa krótkoterminowa,
  - 3) co najmniej 2 lat – umowa wieloletnia.
2. W przypadku zawarcia ubezpieczenia wieloletniego, umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne dwanaście miesięcy, jeżeli Ubezpieczający nie wypowiedział pisemnie klauzuli automatycznego przedłużenia umowy ubezpieczenia na 14 dni przed zakończeniem okresu trwania bieżącej umowy ubezpieczenia.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo stwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisy).
5. Przedłużenie krótkoterminowej umowy ubezpieczenia winno nastąpić przed upływem okresu jej ważności nie wcześniej jednak niż 30 dni przed upływem tej daty

#### § 22

1. Jeżeli Ubezpieczający nie podał danych co do istotnych okoliczności pociągających za sobą zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia wywołującego szkodę, w razie ujawnienia tych okoliczności, Towarzystwo ma prawo do odpowiedniego zwiększenia składki.
2. W przypadku określonym w ust.1, składka może być zwiększona od dnia, w którym zaszła wskazana okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia.
3. W razie powstania okoliczności, o których stanowi ust.1 i 2, Towarzystwo ma prawo wezwać Ubezpieczającego do zapłaty powyższej składki. Ubezpieczającemu przysługuje – w ciągu 14 dni od wezwania – uprawnienie odstąpienia od umowy. W razie odstąpienia od umowy, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki od dnia dojścia do Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od umowy do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej objętej zawartą umową, za który składka została uiszczona.
4. Jeżeli ujawnienie okoliczności, o których mowa w ust.1, nastąpiło po zdarzeniu powodującym szkodę, Towarzystwo ma prawo do odpowiedniego zmniejszenia świadczenia odszkodowawczego.
5. Jeżeli ujawnienie okoliczności, o których mowa w ust.1, pociąga za sobą tak duże zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia, że Towarzystwo nie zawarłoby umowy ubezpieczenia, gdyby o tej okoliczności wiedziało, Towarzystwo ma prawo do odstąpienia od umowy. Odstąpienie od umowy może nastąpić w ciągu miesiąca od ujawnienia tych okoliczności.
6. W razie ujawnienia okoliczności, o których mowa w ust.5, po zdarzeniu lub w ciągu miesiąca przed zdarzeniem wywołującym szkodę, gdy przyczyną szkody była ujawniona okoliczność, Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania.

## **ROZDZIAŁ VI SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

### **§ 23**

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jej przedłużenia lub rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z indywidualną oceną ryzyka. . Wszelkie zniżki i wyżki określone są określone są każdorazowo w dokumencie ubezpieczenia, po dokonaniu oceny ryzyka.
2. W przypadku zawarcia wieloletniej umowy ubezpieczenia, składka naliczana jest co roku na podstawie zaktualizowanego wniosku. Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia w Towarzystwie zaktualizowanego wniosku na miesiąc przed datą rozpoczęcia następnego okresu odpowiedzialności.
3. W razie niedotrzymania przez Ubezpieczającego terminu doręczenia zaktualizowanego wniosku, Towarzystwo określa wysokość składki za ubezpieczenie, na podstawie sumy ubezpieczenia z poprzedniego roku umowy.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej może być ustalona – na mocy porozumienia stron – w sposób odbiegający od ustaleń taryfowych, z uwzględnieniem okoliczności wpływających na wielkość ryzyka.
5. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa.
6. Składkę opłaca się jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 25.
7. Wysokość składki ubezpieczeniowej, sposób i termin jej zapłaty są określone w dokumencie ubezpieczenia (polisie), z zastrzeżeniem § 24 i § 25.

### **§ 24**

W przypadku zawarcia krótkoterminowych lub wieloletnich umów ubezpieczenia, na rzecz dzieci i młodzieży uczących się w placówkach oświatowo-wychowawczych, ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki:

- 1) do 31 października danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu szkół, przedszkoli, itp.,
- 2) do 30 listopada danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu uczelni wyższych.

### **§ 25**

W ubezpieczeniu grupowym, zawartym przez Ubezpieczającego - zakład pracy, na rzecz i w imieniu pracowników, składka płatna jest w ratach miesięcznych przy czym:

- 1) pierwsza rata składki powinna być opłacona najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, w którym została podpisana deklaracja zgody,
- 2) kolejne raty składki ubezpieczeniowej powinny być opłacane z góry w terminie i wysokościach określonych w umowie ubezpieczenia,
- 3) wpłata każdej raty składki odbywa się na rachunek bankowy Towarzystwa.



## ROZDZIAŁ VII POWSTANIE I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

### § 26

1. W przypadku zawarcia krótkoterminowych lub wieloletnich umów ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia:
  - 1) 1 września danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu szkół, przedszkoli, itp.,
  - 2) 1 października danego roku ubezpieczenia w ubezpieczeniu uczelni wyższych, pod warunkiem złożenia wniosku ubezpieczeniowego w terminie, o którym mowa w § 19 ust. 7 i opłacenia składki w terminie, którym mowa § 24.
  - 3) w ubezpieczeniu grupowym od dnia następnego po złożeniu wniosku i opłaceniu składki,
  - 4) w ubezpieczeniu grupowym dla osób podpisujących deklarację zgody – od dnia następnego po podpisaniu deklaracji zgody, jednak nie wcześniej niż od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia, a dla pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z 15 dniem od daty podpisania deklaracji zgody.
2. W przypadku gdy wniosek o ubezpieczenie lub składka wpłynęła do Towarzystwa w terminach późniejszych niż podane w ust. 1, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po otrzymaniu wniosku lub opłacenia składki.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia z zakładami opiekuńczymi i wychowawczymi oraz specjalnymi odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po otrzymaniu wniosku i opłaceniu składki, chyba że w umowie przewidziano inny termin opłaty składki.
4. W razie zawarcia okresowej umowy ubezpieczenia na czas trwania wczasów, wycieczki, pobytu w sanatorium, obozów, kolonii, itp. odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z chwilą opuszczenia miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w celu udania się w podróż, nie wcześniej jednak niż w dniu oznaczonym w polisie jako data początkowa okresu ubezpieczenia, i kończy się z chwilą powrotu do domu, nie później jednak z ostatnim dniem okresu oznaczonego w polisie jako końcowy okres ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w ośrodku wczasowym, sanatoryjnym, itp., odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki.
6. Jeżeli uczeń lub student w trakcie trwania roku szkolnego lub akademickiego przechodzi do innej placówki oświatowo-wychowawczej to jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej w placówce, w której opłacił składkę.

### § 27

Okres odpowiedzialności Towarzystwa jest określony w umowie ubezpieczenia.

### § 28

Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:

- 1) z upływem terminu określonego w umowie ubezpieczenia,
- 2) z upływem terminu płatności kolejnej raty składki określonej w umowie, w razie gdy kolejna rata składki nie została opłacona lub gdy rata została opłacona po terminie wyznaczonym w umowie ubezpieczenia,

- 3) w razie wyczerpania sumy ubezpieczenia,
  - 4) z upływem miesiąca, za który została opłacona ostatnia składka w czasie zatrudnienia ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego,
  - 5) w upływie miesiąca od daty rozwiązania stosunku pracy w przypadku ubezpieczenia grupowego,
  - 6) z datą rozwiązania umowy wskutek odstąpienia lub wypowiedzenia umowy.
2. W przypadku opłacenia składki lub raty składki po terminie wyznaczonym w umowie ubezpieczenia umowa wygasa i nie ulega odnowieniu. Towarzystwo jest zobowiązane do zwrotu opłaconej po terminie składki lub raty składki. Zapłata składki lub raty składki po terminie nie jest traktowana jako oferta zawarcia nowej umowy ubezpieczenia. Towarzystwo nie jest zobowiązane do odrębnego informowania Ubezpieczającego o skutku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

## **ROZDZIAŁ VIII**

### **ODSTĄPIENIE OD UMOWY**

#### **§ 29**

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy, niż 6 m-cy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego wypowiedzenia przez każdą ze stron umowy z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
4. Towarzystwo może ze skutkiem natychmiastowym odstąpić od umowy ubezpieczenia w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający podał we wniosku o ubezpieczenie informacje niezgodne ze stanem faktycznym.
5. Za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty należnej składki.

## **ROZDZIAŁ IX**

### **ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ**

#### **§ 30**

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem określonego w dokumencie ubezpieczenia (polisie) końcowego terminu, Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia.

Podstawą zwrotu składki jest złożenie w Towarzystwie oryginału dokumentu ubezpieczenia (polisy) i wniosku o zwrot składki.

Za datę, od której przysługuje zwrot składki przyjmuje się datę otrzymania powyższych dokumentów przez Towarzystwo.

2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do wykorzystanego okresu ubezpieczenia. Rozpoczęty miesiąc polisowy uważa się za wykorzystany. Dokonując zwrotu składki, Towarzystwo potrąca 15% składki podlegającej zwrotowi tytułem poniesionych kosztów manipulacyjnych.

3. Zwrot składki (jej części) nie przysługuje, jeśli w okresie ubezpieczenia nastąpiło zdarzenie, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia lub wypłaciło świadczenie.

## **ROZDZIAŁ X**

### **OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA**

#### **§ 31**

1. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego mające związek z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres i nie zawiadomił o tym Towarzystwa, pisma kierowane do Ubezpieczającego na adres ostatnio znany (wskazany w dokumencie ubezpieczenia lub właściwie złożonym, w trybie określonym w ust. 1, oświadczeniu) wywołują skutki prawne od chwili, w której nastąpiłoby ich doręczenie, gdyby Ubezpieczający nie zmienił adresu.

## **ROZDZIAŁ XI**

### **POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU**

#### **§ 32**

1. W razie powstania wypadku powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony jest obowiązany:
  - 1) każdy wypadek powstały w kraju lub za granicą zgłosić pisemnie Towarzystwu, najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych od daty powstania wypadku lub powrotu do kraju,
  - 2) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
  - 3) umożliwić Towarzystwu zasięgnięcie informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
  - 4) poddać się na żądanie Towarzystwa obserwacji klinicznej lub badaniu przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo,
  - 5) poddania się, na zlecenie Towarzystwa, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
  - 6) umożliwienia zasięgnięcia przez Towarzystwo informacji o jego stanie zdrowia sprzed dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku,
  - 7) dostarczenia Towarzystwu pisemnego postanowienia z Prokuratury lub Sądu w ciągu 7 dni od daty otrzymania postanowienia,
  - 8) dostarczyć dokumentację lekarską i inne dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia,
  - 9) poinformować o zakończeniu leczenia lub terminie jego zakończenia,

- 10) w razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczający dopuścił się niedbalstwa w wykonywaniu obowiązków wynikających z ust. 1 Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć.

## ROZDZIAŁ XII

### USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

#### § 33

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a skutkiem w postaci śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Ustalenie związku przyczynowego, o którym mowa w ust.1 oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów wymienionych w § 32 oraz wyników badań lekarskich.
3. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu winien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w ciągu roku od dnia wypadku. Późniejsza zmiana trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
4. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę czynności zawodowych wykonywanych przez ubezpieczonego.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, którego funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku właściwego dla stanu danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku istniejącego bezpośrednio przed wypadkiem.
6. Towarzystwo wypłaca poszkodowanemu, który w wyniku wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości 1/100 sumy ubezpieczenia za każdy 1% (jeden procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku, poszkodowany zmarł w ciągu roku od dnia wypadku, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
8. Jeżeli wypłacono jednorazowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie poszkodowany zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego poszkodowanemu, przy czym potrąca się wypłaconą uprzednio kwotę.
9. Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, wysokość świadczenia ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.

#### § 34

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące

ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

2. Jeżeli w terminach określonych w umowie lub ustawie Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Towarzystwa powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. Towarzystwo udostępni osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności gwarancyjnej Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Towarzystwo zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych niepowodujący nadmiernego, ponad potrzebę, utrudnienia dla tych osób.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1- 4, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

#### § 35

1. Świadczenie wypłaca się w złotych niezależnie od miejsca wypadku.
2. Jeżeli w związku z wypadkiem zostały poniesione wydatki w walucie obcej, wówczas Towarzystwo wypłaca świadczenie, na podstawie oryginalnych imiennych rachunków, w ich równowartości zlotowej po przeliczeniu według średniego kursu walut NBP z dnia ustalenia świadczenia.

#### § 36

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do proporcjonalnego zmniejszenia odszkodowania, jeżeli Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie podał informacje, na podstawie których Towarzystwo zastosowało wyższe zniżki składki niż faktycznie przysługujące.

#### § 37

Jeżeli osoba, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu kosztów leczenia, zakupu protez oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów nie mogą przekraczać rzeczywistych, udowodnionych kosztów.

#### § 38

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 3.
2. Jeżeli w tym terminie nie jest możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.

3. Termin do spełnienia świadczenia ulega odpowiedniemu przedłużeniu w przypadku, gdy ubezpieczony nie złożył w Towarzystwie, w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 34 ust. 1, dokumentów uzasadniających roszczenie; w razie późniejszego złożenia dokumentów, świadczenie wypłacane jest w terminie 14 dni po ich dostarczeniu.
4. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobom Uprawnionym.
5. Na Towarzystwie ciąży obowiązek zachowania należytej staranności przy wyjaśnianiu okoliczności koniecznych do ustalenia jego odpowiedzialności.

#### § 39

1. Jeżeli Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami jednostki organizacyjnej Towarzystwa co do wysokości przyznanego świadczenia albo z odmową zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Towarzystwa za pośrednictwem jednostki terenowej Towarzystwa.
2. Zarząd Towarzystwa jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. 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, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

### ROZDZIAŁ XIII

#### PRZEJŚCIE ROSZCZEŃ NA TOWARZYSTWO

#### § 40

1. W przypadku wypłacenia Ubezpieczonemu świadczenia przez Towarzystwo, wszelkie roszczenia Ubezpieczonego do osób trzecich przechodzą do wysokości wypłaconego świadczenia z mocy prawa na Towarzystwo.
2. Na Towarzystwo nie przechodzą roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym oraz za które ponosi on odpowiedzialność.
3. Na żądanie Towarzystwa, Ubezpieczony obowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osoby trzeciej, dostarczając informacji oraz przedkładając dokumenty konieczne do ich dochodzenia, a także przestrzegając terminów niezbędnych do dochodzenia tych roszczeń.
4. Jeżeli Ubezpieczający bez zgody Towarzystwa zrzekł się praw przysługujących mu do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie świadczenia przez Towarzystwo, Towarzystwu przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczającego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.

## ROZDZIAŁ XIV

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 41

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia przyjęto Uchwałą Walnego Zgromadzenia Członków CONCORDIA POLSKA Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 28 czerwca 2001r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie z terminem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej od dnia 1 lipca 2001r.

CZŁONEK ZARZĄDU  
  
Marcin Kotulski

PREZES ZARZĄDU  
  
Piotr Narloch