

WYCIĄG Z UMOWY UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DLA POSIADACZY/ WSPÓLPOSIADACZY KONTA OSOBISTEGO, KTÓRZY SKORZYSTALI Z PAKIETU PLAN AKTYWNY W BANKU BGŻ

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji "WARTA" Spółka Akcyjna, na podstawie umowy ubezpieczenia o numerze nr 89/02/2004 zawartej z Bankiem Gospodarki Żywnościowej S.A., zwanym dalej Bankiem BGŻ, udziela na rzecz posiadaczy i współposiadaczy kont osobistych, którzy nie wyrażą sprzeciwu na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Aktywny, ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w kraju i za granicą na następujących warunkach:

POJĘCIA OGÓLNE

1. **“Ubezpieczony”** – posiadacz/współposiadacz konta osobistego, który nie wyraził sprzeciwu na objęcie go ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Aktywny, na rzecz którego zawarto umowę ubezpieczenia.
2. **„Pakiet Plan Aktywny”** – konto osobiste wraz z zestawem produktów i usług bankowych oraz ubezpieczeń NNW i Pakietem Usług Assistance, w zakresie określonym dla planu taryfowego Plan Aktywny.
3. **„Uprawniony”** - osoba wskazana Ubezpieczającemu pisemnie przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego wg następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom, a w następnej kolejności zgodnie z zasadami dziedziczenia ustawowego.
4. **“WARTA”** – Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji "WARTA" S.A. będące Ubezpieczycielem.
5. **“Ubezpieczający”** – Bank BGŻ.
6. **“Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
7. **“Stały uszczerbek na zdrowiu”** - zaburzenia czynności uszkodzonego organu lub narządu powodujące ich trwałą dysfunkcję.
8. **“Całkowita niezdolność do pracy”** – stała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, orzeczona przez lekarza orzecznika ZUS.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

W ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków WARTA wypłaca następujące świadczenia:

1. **Z tytułu śmierci** – jednorazowe świadczenie w wysokości **25 000 zł**.
2. **Z tytułu całkowitej niezdolności do pracy** - jednorazowe świadczenie w wysokości **25 000 zł**. Warunkiem wypłaty świadczenia jest orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy przez lekarza orzecznika ZUS w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
3. **Z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu** - świadczenie odpowiadające procentowi stałego uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do sumy 25 000 zł, orzeczonego przez lekarzy powołanych przez WARTĘ na podstawie poniższej tabeli procentowego stałego uszczerbku na zdrowiu:

Rodzaj stałego uszczerbku na zdrowiu	% stałego uszczerbku na zdrowiu
całkowita utrata wzroku w jednym oku	30%
całkowita utrata wzroku	100%
całkowita utrata słuchu w jednym uchu	15%
całkowita utrata słuchu	60%
utrata jednej kończyny górnej w obrębie ramienia	65%
utrata jednej dłoni lub przedramienia	65%
utrata obu kończyn górnych w obrębie ramienia	90%
utrata jednej kończyny dolnej powyżej kolana	55%
utrata jednej kończyny dolnej od lub poniżej kolana	50%
utrata obu kończyn dolnych	90%
utrata jednej stopy	30%
utrata obu stóp	70%

całkowita utrata kciuka	15%
całkowita utrata palca wskazującego	10%
utrata innego palca	5%

4. W odniesieniu do osób, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową osiągnęły 65 rok życia, wysokość sumy ubezpieczenia zmniejsza się o połowę.
5. Wysokość świadczeń wymienionych w ust. 1, 2 i 3, wypłacanych przez WARTĘ z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć 100 % sumy ubezpieczenia - 25 000 zł.
6. Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, WARTA zwraca Ubezpieczonemu niezbędne wydatki poniesione na:
 - 1) przejazdy w kraju najtańszym środkiem lokomocji, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego (wynikającego z nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową), do wskazanych przez WARTĘ lekarzy oraz na zleconą przez WARTĘ obserwację kliniczną,
 - 2) badania lekarskie zlecone przez WARTĘ pod warunkiem, że zostały wykonane w placówkach służby zdrowia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ WARTY

1. Odpowiedzialność WARTY w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Aktywny, z uwzględnieniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność WARTY w stosunku do Ubezpieczonego, który złożył dyspozycję zmiany Pakietu Plan Aktywny na inny:
 - a) rozpoczyna się dla nowego Pakietu od nowego cyklu prowizyjnego określonego dla konta osobistego, rozpoczynającego się po cyklu prowizyjnym, w którym złożona zostanie dyspozycja,
 - b) kończy się dla dotychczasowego Pakietu wraz z końcem cyklu prowizyjnego określonego dla konta osobistego, w którym ta dyspozycja została złożona.
3. Odpowiedzialność WARTY kończy się:
 - 1) w dniu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z objęcia go ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Plan Aktywny. Oświadczenie o rezygnacji z objęcia ochroną ubezpieczeniową musi być złożone przez Ubezpieczonego do Ubezpieczającego i dokonane w formie pisemnej pod rygorem nieważności, lub
 - 2) w dniu rozwiązania umowy o prowadzenie konta osobistego lub
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego nie angażującej odpowiedzialności WARTY z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia,

w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło pierwsze.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

WARTA nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych z winy umyślnej Ubezpieczonego albo jego rażącego niedbalstwa lub powstałych na skutek:

- 1) chorób zawodowych, przewlekłych lub chronicznych,
- 2) prowadzenia wszelkiego rodzaju pojazdów bez wymaganych prawem uprawnień, względnie po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
- 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub samobójstwa,
- 4) zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub napadów epileptycznych,
- 5) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających,
- 6) leczenia lub zabiegów leczniczych bez względu na to, przez kogo były wykonane,
- 7) zamieszek, rozruchów, bójek (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej),
- 8) posługiwania się wszelkiego rodzaju ogniami sztucznymi, petardami i podobnymi środkami,
- 9) profesjonalnego i wyczynowego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów,
- 10) uczestnictwa w zawodach, treningach, zgrupowaniach oraz obozach sportowych nie objętych programem szkolnym,
- 11) zawału serca i udaru mózgu, chorób tropikalnych,
- 12) działań wojennych oraz stanu wyjątkowego.

**POSTĘPOWANIE
W PRZYPADKU ZAISTNIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

1. W przypadku zaistnienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków nieszczęśliwego wypadku oraz o niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej,
 - 2) uzyskać wszelkie dokumenty potwierdzające okoliczności nieszczęśliwego wypadku dla uzasadnienia zgłoszonego roszczenia,
 - 3) złożyć w WARCIE wypełniony i podpisany formularz zgłoszenia szkody (dostępny w każdej placówce WARTY) w ciągu 14 dni od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, jednak nie później niż w ciągu 14 dni po ustaniu okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie szkody, przedstawiając dokumenty, o których mowa w pkt 2,
 - 4) na zlecenie WARTY poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez WARTĘ lub obserwacji klinicznej, celem ustalenia stopnia stałego uszczerbku na zdrowiu.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uprawniony, zobowiązany jest dostarczyć do WARTY dodatkowo wyciąg z aktu zgonu.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub Uprawniony nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków wymienionych w ust. 1 i 2, a ma to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia, rozmiaru szkody lub wysokości świadczenia, WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio je zmniejszyć.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwych wypadków - wypłacane jest na rzecz Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
2. Ustalenie zasadności i wysokości świadczenia następuje na podstawie dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów oraz badań lekarskich.
3. Procent stałego uszczerbku na zdrowiu określają lekarze powołani przez WARTĘ, na podstawie Tabeli norm oceny procentowej stałego uszczerbku na zdrowiu TUiR „WARTA” S.A., o której mowa w ust. 3 rozdziału „Zakres Ubezpieczenia”. W przypadku dłuższego leczenia, procent stałego uszczerbku na zdrowiu określa się najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu lub narządu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone procent stałego uszczerbku na zdrowiu związanego z nieszczęśliwym wypadkiem określa się jako różnicę pomiędzy procentem stałego uszczerbku na zdrowiu po wypadku a stanem przed tym wypadkiem.
5. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed ustaleniem procentu stałego uszczerbku na zdrowiu związanego z nieszczęśliwym wypadkiem, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowym z tym wypadkiem, świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się Uprawnionemu w wysokości odpowiadającej przypuszczalnemu procentowi stałego uszczerbku na zdrowiu ustalonym przez lekarzy WARTY, a w razie braku takiej osoby zwraca się udokumentowane koszty pogrzebu w granicach tego świadczenia osobie, która koszty te poniosła.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu procentu stałego uszczerbku na zdrowiu związanego z nieszczęśliwym wypadkiem, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowym z tym wypadkiem, niewypłacone przed śmiercią Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu wypłaca się Uprawnionemu, a w razie braku takiej osoby zwraca się udokumentowane koszty pogrzebu w granicach tego świadczenia osobie, która koszty te poniosła.
7. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się Uprawnionemu, po przedłożeniu skróconego odpisu z aktu zgonu i dokumentu stwierdzającego tożsamość Uprawnionego.
8. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał jednorazowe świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się Uprawnionemu tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłacanego Ubezpieczonemu, po uprzednim potrąceniu wypłaconej kwoty.
9. Przy ustalaniu procentu stałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. WARTA może wystąpić do Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie WARTY do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w

szczególności do lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia.

11. WARTA może odmówić świadczenia lub je zmniejszyć w wypadku odmowy udzielenia zgody na uzyskanie informacji, o których mowa powyżej, jeżeli miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu jej odpowiedzialności.
12. Świadczenie wypłacane jest w terminie 30 dni od daty wpływu do WARTY zgłoszenia nieszczęśliwego wypadku.
13. W przypadku, gdy wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe w terminie określonym w ust. 12, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia WARTA zobowiązana jest wypłacić w terminie 30 dni od daty określonej w ust. 12.
14. W przypadku odmowy wypłaty całości lub części świadczenia WARTA informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego lub Uprawnionego podając okoliczności, podstawę prawną oraz informując o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ

1. Skargi i zażalenia mogą być składane przez Ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia w formie pisemnej do TUiR WARTA S.A. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi lub zażalenia jest:
 - 1) Dyrektor Biura w Centrali zawierającego umowę ubezpieczenia – w zakresie oferty ubezpieczeniowej,
 - 2) Dyrektor Centrum Likwidacji Szkód – w zakresie likwidacji szkód,który pisemnie udziela odpowiedzi osobie składającej skargę lub zażalenie.
2. 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 z ubezpieczenia.