

## **POSTANOWIENIA OGÓLNE**

### **§ 1**

Ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków za granicą, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do stosunków umownych ubezpieczenia powstałych między CONCORDIA POLSKA Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu, zwane dalej Towarzystwem, a osobami krajowymi zamieszkałymi na stałe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (R.P.), osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, mającymi siedzibę w R.P. – zwanymi dalej Ubezpieczającym (Ubezpieczonym) - w czasie ich podróży i pobytu poza granicami R.P.

### **§ 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**

Przez użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia pojęcia rozumie się:

- 1) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, imiennie wymieniona w dokumencie ubezpieczenia – polisie, na rzecz której zawarto ubezpieczenie,
- 2) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i opłacająca składkę,
- 3) **uprawniony** – osoba wyznaczona imiennie przez ubezpieczonego do otrzymania odszkodowania. W razie nie wyznaczenia osoby uprawnionej, odszkodowanie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego w następującej kolejności:
  - małżonkowi,
  - dzieciom,
  - rodzicom,
  - innym ustawowym spadkobiercom.
- 4) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły po przekroczeniu granicy RP przy wyjeździe z kraju, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia Ubezpieczonego przebywającego za granicą R.P., który bezzwłocznie musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Przedmiotem ubezpieczenia są także następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego.
3. Za koszty leczenia uważa się poniesione wydatki z tytułu:
  - 1) pobytu w szpitalu,
  - 2) leczenia, badań lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych, operacji,
  - 3) zakupu niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
  - 4) naprawy i zakupu okularów oraz protez w przypadku, gdy ich uszkodzenie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem, o którym mowa w ust.2,
  - 5) transportu chorego z miejsca wypadku lub zachorowania do szpitala lub pogotowia,
  - 6) koniecznego transportu Ubezpieczonego do kraju, zleconego przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą – najtańszym dostępnym środkiem lokomocji zaakceptowanym przez lekarza,
  - 7) podróży, utrzymania i noclegu osoby towarzyszącej niezbędnej do załatwienia spraw związanych z umieszczeniem chorego w szpitalu i jego powrotem do kraju (zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego chorego poza granicami R.P.),
  - 8) sprowadzenia zwłok Ubezpieczonego do kraju (do miejsca zameldowania lub do miejsca pochowania zwłok), do wysokości kosztów sprowadzenia zwłok pobieranych przez polskie przedsiębiorstwa zajmujące się sprowadzaniem zwłok z zagranicy,

### § 6

1. Ubezpieczonemu nie przysługuje zwrot poniesionych kosztów leczenia, jeżeli istniały przeciwwskazania lekarskie co do odbycia podróży zagranicznej.
2. Towarzystwo nie odpowiada za koszty leczenia i następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe i związane z:
  - 1) chorobą, której początek miał miejsce w kraju, przed wyjazdem za granicę,
  - 2) pobytem w sanatoriach i uzdrowiskach, kosztami specjalnego odżywiania, nawet w przypadku zalecenia przez lekarza,
  - 3) leczeniem przekraczającym zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia Ubezpieczonego do stanu umożliwiającego powrót do kraju,
  - 4) leczeniem będącym skutkiem używania alkoholu, narkotyków lub podobnie działających środków odurzających; psychotropowych,
  - 5) usuwaniem ciąży, bez względu na okoliczności towarzyszące przeprowadzaniu zabiegu,

- 6) opieką w czasie ciąży, sztucznym zapłodnieniem i każdym innym leczeniem bezpłodności, odbytym porodem oraz wszelkimi związanymi z nim kosztami leczenia i opieką nad matką i dzieckiem,
  - 7) leczeniem chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS, kosztami środków antykoncepcyjnych,
  - 8) działaniami wojennymi, stanem wyjątkowym, zamieszkami, rozruchami, strajkami, udziałem w bójkach,
  - 9) chorobami przewlekłymi, chorobami zawodowymi, zaburzeniami psychicznymi, wadami wrodzonymi,
  - 10) umyślnym działaniem Ubezpieczonego, przestępstwem lub samobójstwem,
  - 11) wypadkiem drogowym powstałym w czasie prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia pojazdu,
  - 12) operacją plastyczną i zabiegami kosmetycznymi,
  - 13) uszkodzeniem ciała, spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane,
  - 14) leczeniem stomatologicznym – za wyjątkiem nagłych stanów zapalnych i poniesionymi w związku z tym kosztami do równowartości 100 USD - protetycznym i profilaktycznym,
  - 15) świadczeniem w zakresie w jakim Ubezpieczonemu w związku z tym samym zdarzeniem przysługuje zwrot kosztów (świadczenie) z tytułu innej umowy ubezpieczenia lub które zostały pokryte przez inne instytucje,
  - 16) kosztami leczenia, których wysokość nie przekracza równowartości 20 USD wg średniego kursu NBP w dniu ustalenia odszkodowania.
3. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem nie są objęte również koszty leczenia i następstwa nieszczęśliwych wypadków związane z:
- 1) uprawianiem amatorsko następujących niebezpiecznych dyscyplin sportowych jak np.: alpinizm, speleologia, skoki do wody, pletwonurkowanie, sporty motorowe i powietrzne, itp.,
  - 2) wykonywaniem pracy u zagranicznego pracodawcy, za które Ubezpieczony otrzymuje wynagrodzenie.

## § 7

Wypadki wymienione w § 6 ust.3 mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa na wniosek Ubezpieczającego i po opłaceniu dodatkowej składki.

## **SUMA UBEZPIECZENIA**

## § 8

1. Sumy ubezpieczenia związane z kosztami leczenia powstałymi poza granicami R.P. wynoszą w złotych równowartość USD:
  - 1) na obszarze Europy: 10.000 USD, 15.000 USD, 25.000 USD,
  - 2) we wszystkich pozostałych krajach Świata: 15.000 USD, 25.000 USD, 50.000 USD.
2. Sumę ubezpieczenia przelicza się na złote według średniego kursu dolara amerykańskiego ustalonego przez NBP i ogłoszonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

3. Sumy ubezpieczenia o których mowa w ust. 1 stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa i ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.

#### § 9

1. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi kwota odpowiadająca:
  - 1) 50% sumy ubezpieczenia, w związku ze śmiercią Ubezpieczonego,
  - 2) 100% sumy ubezpieczenia, w sytuacji całkowitego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
2. Minimalna suma ubezpieczenia na osobę wynosi 3.000 zł, zaś maksymalna 5.000 zł.
3. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.

#### § 10

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu poniesione koszty leczenia do wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 8 ust. 1, z tym, że nie więcej niż:

- 1) 10% sumy ubezpieczenia w przypadku wydatków poniesionych na zabiegi ambulatoryjne, zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych, doraźną pomoc lekarską oraz na przewiezienie chorego z miejsca wypadku do ambulatorium,
- 2) 50% sumy ubezpieczenia w razie kosztów poniesionych na transport chorego do kraju lub kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego do R.P.,
- 3) 20% sumy ubezpieczenia na koszty podróży, utrzymania i noclegów osoby towarzyszącej,
- 4) równowartość 100 USD na koszty poniesione w związku z nagłym leczeniem stomatologicznym.

### **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

#### § 11

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. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych albo został sporządzony wadliwie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia względnie złożenia nowego wniosku.
3. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczający powinien podać inne informacje niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka.
4. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Towarzystwo o wszystkich innych znanych mu faktach, o ile są one istotne dla oceny ubezpieczonego ryzyka 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 odpowiedzialności Towarzystwa objętej umową.

## § 12

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres od 5 dni do roku.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie indywidualnej (imiennej).
3. Ubezpieczenie zbiorowe może być zawarte w formie bezimiennej dla grupy liczącej co najmniej 10 osób, pod warunkiem, że obejmuje ono wszystkich uczestników wyjazdu (podróży turystycznej, imprezy zorganizowanej) z jednakowym dla wszystkich zakresem ubezpieczenia i składką. Spis wszystkich osób Ubezpieczający dołącza do polisy.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).
5. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisy).
6. Jeżeli osoba, na rzecz której zawiera się umowę ubezpieczenia przebywa za granicą R.P. odpowiedzialność Towarzystwa zaczyna się po upływie 7 dni od daty zapłacenia składki.

### **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

## § 13

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 wyższe określane są określane są każdorazowo w dokumencie ubezpieczenia, po dokonaniu oceny ryzyka.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może być ustalona – na mocy porozumienia stron – w sposób odbiegający od ustaleń taryfowych, z uwzględnieniem okoliczności wpływających na wielkość ryzyka.
3. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składkę opłaca się jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
5. Wysokość składki ubezpieczeniowej, sposób i termin jej zapłaty są określane w dokumencie ubezpieczenia (polisie).
6. Składka za ubezpieczenie kosztów leczenia ustalana jest w dolarach amerykańskich i przeliczana na złote według średniego kursu dolara ustalonego przez NBP i ogłoszonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

### **POWSTANIE I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA**

## § 14

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się pod warunkiem opłacenia składki od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednakże nie wcześniej jednak niż po przekroczeniu granicy R.P. przy wyjeździe z kraju.
2. Umowa ubezpieczenia może określić inny termin, od którego Towarzystwo będzie ponosiło odpowiedzialność z tytułu nawiązanego stosunku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniejszy niż termin określony w ust. 1.

3. Na uzasadniony wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może przyjąć odpowiedzialność z chwilą wystawienia dokumentu ubezpieczenia, w którym określona jest data i godzina zawarcia umowy.

#### § 15

1. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
  - 1) z upływem okresu ubezpieczenia podanego w polisie,
  - 2) z chwilą przekroczenia granicy R.P. przy wjeździe do kraju, jeżeli wcześniej nie upłynął okres ubezpieczenia podany w polisie,
  - 3) z datą rozwiązania umowy ubezpieczenia (odstąpienie od umowy lub wypowiedzenia umowy),
  - 4) w razie wyczerpania sumy ubezpieczenia.

### ODSTĄPIENIE OD UMOWY

#### § 16

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.

### ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

#### § 17

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 (polisie) i wniosku o zwrot składki.  
Za datę od której przysługuje zwrot składki przyjmuje się datę otrzymania przez Towarzystwo wniosku o zwrot składki.
2. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do wykorzystanego okresu ubezpieczenia. Miesiąc rozpoczęty 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 odszkodowania lub wypłaciło odszkodowanie.

## OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

### § 18

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

## OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

### § 19

1. W razie powstania wypadku powodującego trwałe uszczerbek na zdrowiu lub koszty leczenia Ubezpieczony jest obowiązany:
  - 1) starać się o złagodzenie skutków zdarzenia przez niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej i poddanie się zaleconemu leczeniu, w miarę możliwości korzystając z publicznej służby zdrowia,
  - 2) uzyskać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie choroby (diagnozę lekarską) uzasadniająca konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia oraz inne dokumenty (dowody) związane z zaistniałym zdarzeniem,
  - 3) zachować oryginały rachunków oraz dowody ich opłacenia, związane z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 4) w stosunku do Towarzystwa zwolnić lekarza leczącego z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz pozwolić na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia,
  - 5) zgłosić do Towarzystwa zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych od daty powrotu do kraju, przedstawiając dokumenty lekarskie oraz dowody poniesionych kosztów,
  - 6) na zlecenie Towarzystwa poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
  - 7) w razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na Uprawnionym do otrzymania świadczenia.
2. W przypadku zderzenia się pojazdów Ubezpieczony, o ile jest to możliwe, obowiązany jest do odnotowania danych pojazdu i osoby kierującej danym pojazdem, nazwy i adresu ubezpieczyciela OC posiadacza pojazdu, z którym doszło do kolizji oraz uzyskać jego oświadczenie o przebiegu zdarzenia.

### § 20

Jeżeli Ubezpieczony nie wykonał obowiązków wymienionych w § 19 i miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia albo zabezpieczenie praw regresowych, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je umniejszyć o 20%.

## USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### § 21

1. Ustalenie zasadności i wysokości świadczenia następuje na podstawie dowodów przedłożonych przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego, jednakże Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji dokumentów i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. Zasadność i wysokość świadczenia oraz zwrotu kosztów leczenia ustala się na podstawie:
  - 1) dowodu stwierdzającego konieczność bezzwłocznego poddania się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem,
  - 2) oryginalnych rachunków oraz dowodów opłat za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe lub szpital, zakupione lekarstwa i środki opatrunkowe,
  - 3) zeznań świadków,
  - 4) orzeczenia lekarza Towarzystwa,
  - 5) w przypadku śmierci – świadectwa zgonu,
3. Na Ubezpieczonym lub Uprawnionym spoczywa obowiązek udowodnienia faktów, które mają znaczenie dla uzasadnienia zasadności i wysokości świadczenia.

### § 22

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 § 19 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. W zależności od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia 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, do określenia świadczenia przyjmuje się przypuszczalny procent tego uszczerbku, ustalony na podstawie dokumentacji lekarskiej.

### § 23

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 odszkodowania.
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.

### § 24

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 uprawniony do świadczenia nie złożył w Towarzystwie w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 23 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.

## § 25

W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, odszkodowanie wypłaca się do wysokości szkody, w granicach sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych lub wymagalnych z innych umów ubezpieczenia.

## § 26

Wszystkie koszty przekraczające sumę ubezpieczenia, Ubezpieczony pokrywa we własnym zakresie.

## § 27

Odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich. Przeliczenie na złote wydatków poniesionych w walutach obcych dokonywane jest na podstawie średniego kursu walut ustalonego przez Prezesa NBP i ogłoszonego w dniu obliczenia kosztów leczenia.

## § 28

1. Jeżeli Ubezpieczony lub Uprawniony 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 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.

## **PRZEJŚCIE ROSZCZEŃ NA TOWARZYSTWO**

### § 29

1. Z dniem wypłaty świadczenia Towarzystwo może dochodzić roszczeń od osoby odpowiedzialnej za powstały wypadek do wysokości wypłaconego świadczenia (roszczenie regresowe). Powyższe nie dotyczy Ubezpieczonego – właściciela (kierowcy) pojazdu objętego ubezpieczeniem. Jeśli Towarzystwo pokryło tylko część świadczenia, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń.
2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom odpowiedzialnym za szkodę, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, pracownikom ubezpieczającego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie, w stanie nietrzeźwym, po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, bez posiadania uprawnień do kierowania pojazdami mechanicznymi, albo gdy szkoda wynikła w czasie użycia pojazdu bez zgody Ubezpieczonego.

3. Na żądanie Towarzystwa, Ubezpieczający (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 Ubezpieczony, bez zgody Towarzystwa, zrzekł się roszczenia przeciwko osobie 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, Towarzystwu przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) zwrotu części lub części wypłaconego świadczenia.

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

#### **§ 30**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia przyjęto Uchwałą Walnego Zgromadzenia Członków CONCORDIA POLSKA Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 21 maja 1998r., i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie z terminem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej od dnia 1 czerwca 1998 r. i po tej dacie.

CZŁONEK ZARZĄDU

  
Marcin Kotulski

PREZES ZARZĄDU

  
Piotr Natloch