

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU_AF3

PREambuła

Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia (OWU) na Wypadek Pobytu w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, stosuje się do umów dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Umowa dodatkowa zawierana jest jako rozszerzenie zakresu Umowy podstawowej zawartej pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym. Umowa dodatkowa stanowi uzupełnienie Umowy podstawowej i może zostać zawarta tylko jako umowa uzupełniająca do Umowy podstawowej.

SPIS TREŚCI

DEFINICJE

Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 2
Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia	str. 2
Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	str. 2
Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy	str. 3
Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa	str. 3
Artykuł 6: Świadczenie	str. 3
Artykuł 7: Skargi i reklamacje	str. 3
Artykuł 8: Postanowienia końcowe	str. 4

W CELU PRZYBLIŻENIA NAJISTOTNIEJSZYCH POSTANOWIEŃ NINIEJSZYCH OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA, MACIF ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH PREZENTUJE PONIŻEJ:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 1 ust. 2 art. 6 ust. 1 art. 6 ust. 5 art. 6 ust. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	art. 3 art. 5 ust. 2 art. 6 ust. 2 art. 6 ust. 3

DEFINICJE

Terminy, określone w Ogólnych Warunkach Umowy podstawowej, stosuje się odpowiednio w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Dodatkowo, do terminów tych, dodaje się poniższe definicje:

PEŁNA DOBA

Kolejne 24 godziny zegarowe. Pierwsza Pełna doba rozpoczyna się z chwilą przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala.

STAN NIETRZEŹWOŚCI

W rozumieniu niniejszych OWU, stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

STAN PO UŻYCIU ALKOHOŁU

W rozumieniu niniejszych OWU, stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- 1) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu, albo
- 2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³.

SZPITAL

Podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. Definicja szpitala nie obejmuje: ośrodków opieki, w tym dla przewlekłych chorych, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień.

TRWAŁY NOŚNIK

Trwały nośnik w rozumieniu ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. z 2014 r., poz. 827 ze zm.).

UMOWA PODSTAWOWA

Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym, na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnego ubezpieczenia na Życie Acti Finance 3.

UMOWA DODATKOWA

Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy MACIF Życie TUW, a Ubezpieczającym, na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 1: Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, mającego miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł 2: Warunki zawarcia Umowy, składka i Suma ubezpieczenia

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo przed zawarciem Umowy dodatkowej dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie stanu

zdrowia Ubezpieczonego. W wyniku tej analizy Umowa dodatkowa może zostać zawarta na warunkach standardowych, zmienionych lub Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

3. Umowa dodatkowa zawierana jest łącznie z Umową podstawową.
4. Umowa dodatkowa zawierana jest na taki sam okres na jaki zawarta jest Umowa podstawowa z tym zastrzeżeniem, że Umowa dodatkowa nie może zostać zawarta na okres dłuższy, niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 75 lat.
5. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, której wiek wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat w roku zawierania Umowy dodatkowej.
6. Wysokość Sumy ubezpieczenia określona jest w Umowie.
7. Wysokość Składki oraz jej termin płatności określone są indywidualnie i wskazywane są w Polisie, Towarzystwo ustala wysokość składki w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, okresu ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach. Składkę ubezpieczeniową uważa się za zapłaconą w dniu uznania kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa lub rachunku bankowym agenta ubezpieczeniowego upoważnionego przez Towarzystwo do inkasowania składki ubezpieczeniowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie, nie wcześniej jednakże, niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub pierwszej raty składki z tytułu Umowy dodatkowej.
9. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta, najpóźniej jednakże z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat.

Artykuł 3: Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie odpowiada za Zdarzenie ubezpieczeniowe będące wynikiem:

- 1) działań wojennych lub wojny, inwazji, wojny domowej, powstania, rewolucji, stanu wojennego,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, aktach terroru,
- 3) skażenia radioaktywnego lub chemicznego,
- 4) znajdowania się Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu), środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), oraz załączników do tejże ustawy (to jest za zdarzenia, których przyczyną jest znajdowanie się Ubezpieczonego pod wpływem tych substancji), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
- 5) uprawiania przez Ubezpieczonego wszelkich sportów lotniczych lub sportów o wysokim stopniu ryzyka, za które uważa się: wspinaczkę wysokogórską, speleologię, nurkowanie, skoki na linie, sporty motorowodne, wyścigi samochodowe i motocyklowe, spływy górkami rzekami,
- 6) uprawiania przez Ubezpieczonego ćwiczeń akrobatycznych, udziału w konkursach bicia rekordów,
- 7) samookaleczenia bądź prób samookaleczenia,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego (w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r.

o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym funduszu gwarancyjnym i polskim biurze ubezpieczycieli komunikacyjnych (Dz. U. z 2013 r. poz.392 ze zm.) bez posiadania odpowiednich uprawnień,

- 9) zaburzeń psychicznych,
- 10) wypadku lotniczego, mającego miejsce podczas przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Artykuł 4: Odstąpienie od Umowy i wypowiedzenie Umowy

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy dodatkowej, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą termin ten wynosi 7 dni. Oświadczenie o odstąpieniu musi być sporządzone na piśmie – pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu staje się skuteczne z chwilą doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odstąpienie od Umowy dodatkowej nie stanowi odstąpienia od Umowy podstawowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę dodatkową w każdym czasie, z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie wymaga dla swej ważności zachowania formy pisemnej. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się z dniem doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego, nie zwalnia od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę dodatkową, zgodnie z postanowieniami ust. 3, w terminie 30 dni od dnia rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek wypowiedzenia, Towarzystwo zwraca wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (tzn. wpłaconą składkę pomniejszoną o część składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej).
5. Wypowiedzenie Umowy dodatkowej nie stanowi wypowiedzenia Umowy podstawowej.

Artykuł 5: Rozwiązanie Umowy dodatkowej i wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu na skutek:
 - 1) rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 2) upływu okresu, na jaki Umowa dodatkowa została zawarta, nie później jednakże niż z chwilą osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 76 lat,
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy dodatkowej,
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
2. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa.
3. Rozwiązanie Umowy dodatkowej nie skutkuje rozwiązaniem Umowy podstawowej.

Artykuł 6: Świadczenie

1. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zostanie uznany za spowodowany Nieszczę-

śliwym wypadkiem, jeżeli pobyt w Szpitalu rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku, przy czym Nieszczęśliwy wypadek musi mieć miejsce w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

2. Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w trakcie pobytu w Szpitalu nastąpi zgon Ubezpieczonego.
3. Wysokość Świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 zł. za każdą Pełną dobę. W każdym roku trwania Umowy dodatkowej, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie za 90 Pełnych dób pobytu w Szpitalu, przy czym dany pobyt w Szpitalu musi trwać dłużej niż 1 Pełną dobę.
4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu płatne jest od pierwszego dnia pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie wyłącznie za Pełne doby rzeczywistego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
6. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu przez Ubezpieczonego danego pobytu w Szpitalu, za który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.
7. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia,
 - 2) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 4) dokumentację dotyczącą przyczyn Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) notatkę policji w przypadku zawiadomienia policji,
 - 6) protokół BHP, w przypadku gdy wypadek został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - 7) postanowienie o umorzeniu śledztwa (bądź dochodzenia) w przypadku gdy było prowadzone postępowanie przygotowawcze,
 - 8) dokument będący podstawą upoważnienia do działania w imieniu Ubezpieczonego – w przypadkach, w których w imieniu Ubezpieczonego działa osoba trzecia.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie dysponuje dokumentami, o których mowa w ust. 7 pkt 4) – 7) zobowiązany jest do wskazania Towarzystwu znanej sobie nazwy i adresu instytucji, w której te dokumenty się znajdują.
9. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu.

Artykuł 7: Skargi i reklamacje

1. Skargi i reklamacje należy kierować do Zarządu Towarzystwa. Skargi/reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa: ul. Bema 89, 01-233 Warszawa lub w dowolnej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów,
 - 2) za pomocą faksu pod numer: + 48 22 535 02 01,
 - 3) za pomocą poczty elektronicznej na adres: info@macif.com.pl,
 - 4) ustnie do protokołu w siedzibie Towarzystwa bądź w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa obsługującej klientów,
 - 5) telefonicznie pod numer: + 48 22 535 02 00.
2. Skarga/reklamacja powinna zawierać:


- 1) przedmiot skargi/reklamacji (opis okoliczności sporu),
 - 2) dane pozwalające zidentyfikować osobę wnoszącą skargę/reklamację.
3. Skargi i reklamacje rozpatruje Zarząd Towarzystwa lub osoby przez niego upoważnione. Towarzystwo zobowiązane jest udzielić odpowiedzi w przedmiocie skargi/reklamacji w formie pisemnej, w postaci papierowej lub za pomocą innego Trwałego nośnika, a na wniosek Klienta – pocztą elektroniczną, bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji, wysyłając ją na adres wskazany w skardze/reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpoznanie skargi/reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo przesyła Klientowi informację zawierającą:
- 1) wyjaśnienie przyczyny opóźnienia rozpoznania skargi/reklamacji,
 - 2) wskazanie okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określenie przewidywanego terminu rozpatrzenia skargi/reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nieprzekraczającego 60 dni od dnia otrzymania skargi/reklamacji.
4. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony, i/lub Uposażony, i/lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, będący osobami fizycznymi, mają prawo do zwrócenia się do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy lub prze-

prowadzenie przez niego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem, a podmiotem rynku finansowego, a także skorzystania z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.

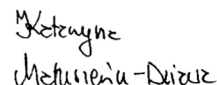
5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Złożenie skargi/reklamacji niezwłocznie po powzięciu informacji o nieprawidłowościach/zastrzeżeniach, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi/reklamacji.

Artykuł 8: Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Umowy podstawowej.
2. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z Umowy dodatkowej jest prawo polskie.
3. W stosunkach wynikających z Umowy stosowany jest język polski.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie dnia 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych od tej daty.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 33 Zarządu MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 17 grudnia 2015 r.



Philippe Saffray
Prezes Zarządu



Katarzyna Matuszewicz-Dziawa
Członek Zarządu