



Warunki grupowego ubezpieczenia „Sport” dla Polskiego Związku Triathlonu

KOD: DUOSPZTRI_V01 (DALEJ ZWANE WU)

Skorowidz sporządzony zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r.
(Dz.U. z 2015 r. poz. 2189) w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów
stosowanych przez zakład ubezpieczeń

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia opisane są w § 3 WU oraz dodatkowo w § 3 klauzuli nr 1, § 3 klauzuli nr 2, § 2 klauzuli nr 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia opisane są w § 4 WU oraz dodatkowo w § 3 ust. 6-10 klauzuli nr 1, § 3 ust. 3 i 4 klauzuli nr 2 oraz w § 2 ust. 3 klauzuli nr 3.

Spis treści

Postanowienia wstępne	4
Definicje	4
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
Wyłączenia odpowiedzialności	5
Okres odpowiedzialności	6
Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową	7
Suma ubezpieczenia	7
Wysokość świadczeń.....	7
Obowiązki ubezpieczonego	8
Roszczenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	8
Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia	9
Roszczenia regresowe	10
Składka	11
Postanowienia końcowe	11
Klauzula numer 1 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.	13
Klauzula numer 2 – rozszerzenie o następstwo zawału serca lub udaru mózgu.	15
Klauzula numer 3 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zwrot kosztów leczenia.	16

Postanowienia wstępne

§ 1

1. Niniejsze WU regulują zasady, na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. (dalej: **ubezpieczyciel**) udziela ochrony ubezpieczeniowej posiadaczom licencji zawodniczej Polskiego Związku Triathlonu.
2. WU regulują zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia Sport dla PZTRi (dalej **Umowa**) zawartej w dniu [] r. pomiędzy ubezpieczycielem a Polskim Związkiem Triathlonu (dalej **ubezpieczający**).

Definicje

§ 2

Poniższe terminy w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia mają następujące znaczenie:

1. **akt terrorystyczny** - indywidualne lub grupowe działania przestępcze organizowane z pobudek ekonomicznych, politycznych, ideologicznych lub religijnych skierowane przeciwko ludności lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego,
2. **choroba** – schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała ubezpieczonego, niezależne od woli ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
3. **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach;
4. **licencja zawodnicza** – licencja wydawana przez Polski Związek Triathlonu, na okres roku kalendarzowego (od 1. stycznia do 31. grudnia), a także na okres dzienny równy okresowi trwania imprezy sportowej;
5. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie mające miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
6. **sporty ekstremalne** – alpinizm i himalaizm, wspinaczka lodowa, hydrospeed, bobsleje, jazda na quadach, motocross, parkour, freerun, skoki narciarskie, skoki bungee, speleologia, trekking na wysokości powyżej 2500 m n.p.m. oraz trekking poza wyznaczonymi szlakami turystycznymi bez wykwalifikowanego przewodnika, wszelkiego rodzaju ewolucje akrobatyczne, football amerykański, boks, kickboxing, rafting, kajakarstwo górskie, surfing, kitesurfing, narciarstwo i jazda na snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, kolarstwo górskie, wspinaczka bez zabezpieczenia, ice cross, sambo, krav maga;
7. **sporty powietrzne** – uprawianie dyscyplin tj. baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo oraz sporty, w których wykorzystywane są maszyny do poruszania się w przestrzeni powietrznej;
8. **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
9. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem objętym ubezpieczeniem, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, powodujące upośledzenie czynności organizmu. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest na podstawie tabeli, o której mowa w § 8 ust. 1;
10. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, będącą członkiem Polskiego Związku Triathlonu i posiadającą licencję zawodniczą;
11. **uprawniony** – osoba lub osoby upoważnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu ubezpieczonego, wskazane pisemnie przez ubezpieczonego. jeżeli w chwili zgonu nie ma osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub uprawniony nie żyje w dniu zgonu ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia, świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi,
 - 2) dzieciom w równych częściach – wobec braku współmałżonka,
 - 3) rodzicom w równych częściach – wobec braku współmałżonka i dzieci,
 - 4) rodzeństwu w równych częściach – wobec braku współmałżonka, dzieci i rodziców,

- 5) spadkobiercom ustawowym, z wyłączeniem Skarbu Państwa – wobec braku osób wymienionych powyżej. Uprawniony w chwili wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do przedłożenia dokumentu tożsamości oraz aktu zgonu, jeżeli takie dokumenty posiada lub może je uzyskać na podstawie przepisów obowiązującego prawa polskiego;
12. **wyroby medyczne** – wyłącznie wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2013 r. (Dz. U. nr 1565 z dn. 17.12.2013r. z późniejszymi zmianami).
13. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności zdarzenia wskutek przyczyn powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela oraz za które ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie opisanym w WU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków mających miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela na obszarze całego świata, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub zgon ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z uprawianiem sportu,
 - 2) świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z uprawianiem sportu,
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również zwrot następujących kosztów związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków, które zaszyły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
 - 1) nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, że:
 - 2) są niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 3) nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia,
 - 4) zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
4. Zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust.2-3 jest rozszerzony o ryzyka opisane w dodatkowych klauzulach a także o szkody powstałe w wyniku aktów terrorystycznych z zastrzeżeniem § 4 ust.1. pkt 1) oraz § 4 ust.8.
5. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w Pakiecie Standard o którym mowa w § 7 ust. 3

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 4

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu, udziałem ubezpieczonego w nielegalnych strajkach,
 - 2) eksplozją atomową lub napromieniowaniem radioaktywnym, skażeniem radioaktywnym, działaniem promieni laserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, azbestu,
 - 3) usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa przez ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 4) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 6) uczestnictwem ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,

- 7) alkoholizmem lub zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 8) wystąpieniem u ubezpieczonego zaburzeń psychicznych lub wad wrodzonych,
 - 9) zawałem serca i udarem mózgu,
 - 10) wylewów krwi do mózgu,
 - 11) zatrucia przewodu pokarmowego w wyniku spożycia płynnych lub stałych substancji szkodliwych,
 - 12) chorobą zawodową,
 - 13) uprawianiem sportów powietrznych,
 - 14) uprawianiem sportów ekstremalnych,
 - 15) zażyciem środków dopingujących,
 - 16) przebywaniem na obszarach, na których obowiązuje zakaz poruszania się,
 - 17) udziałem ubezpieczonego w charakterze uczestnika w off-road motocyklowym, jazdach próbnych i testowych, pokazach i próbach prędkościowych, oraz wszelkiego rodzaju treningach z wykorzystaniem lądowych i wodnych pojazdów silnikowych.
 - 18) bójkami z wyjątkiem działania w obronie koniecznej i pod warunkiem przedstawienia raportu policyjnego dokumentującego działanie ubezpieczonego w obronie koniecznej, chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z wszelkimi chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone lub kontrolowane lub wymagały porady lekarskiej w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie odpowiada również za zdarzenia powstałe w następstwie i adekwatnym związku z wszelkimi nieszczęśliwymi wypadkami, które zaszły w okresie 36 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe będące wynikiem niewłaściwego leczenia albo niewłaściwie wykonanych zabiegów medycznych, za wyjątkiem leczenia lub zabiegów będących następstwem nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - 1) za szkody wyrządzone umyślnie przez ubezpieczonego lub osobę, z którą pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym oraz za szkody powstałe w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczonego,
 - 2) za szkody wyrządzone przez ubezpieczonego lub osobę, z którą pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, w związku ze stanem nietrzeźwości lub stanem po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów prawa, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło w celach medycznych i po zaleceniu lekarza,
 - 3) jeżeli zgłoszone roszczenie oparte zostało na dokumentach poświadczających nieprawdę bądź sfalszowanych albo użyto fałszywych środków lub zabiegów w celu uzyskania odszkodowania.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
 6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje odszkodowania za utratę, uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy.
 7. Za nieszczęśliwy wypadek, o którym mowa w § 2 ust. 4, nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia i długotrwałego działania stresu.
 8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli akt terrorystyczny miał miejsce na terenie jednego z wymienionych krajów: Syria, Afganistan, Libia, Jemen, Irak, Somalia, Południowy Sudan, Nigeria, Egipt, Pakistan, Turcja, Liban, Sudan.

Okres odpowiedzialności

§ 5

1. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się, pod warunkiem zgłoszenia go przez ubezpieczającego do ubezpieczenia:
 - 1) w przypadku posiadania przez ubezpieczonego rocznej licencji zawodniczej – od dnia obowiązywania licencji zawodniczej, a jeżeli licencja zawodnicza została wykupiona w trakcie trwania roku kalendarzowego – od dnia następnego po wykupieniu licencji zawodniczej,

- 2) w przypadku posiadania przez ubezpieczonego dziennej licencji zawodniczej – z początkiem dnia, w którym rozpoczyna się impreza sportowa;
i trwa do ostatniego dnia obowiązywania licencji zawodniczej, z zastrzeżeniem pozostałych ustępów niniejszego paragrafu.
2. Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego, w zależności od tego co nastąpi pierwsze, kończy się:
- 1) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia, lub
 - 2) z dniem zgonu ubezpieczonego, lub
 - 3) w dniu wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia na podstawie informacji od ubezpieczającego
 - 4) w dniu wygaśnięcia licencji zawodniczej.

Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 6

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty każdy posiadacz licencji zawodniczej, który spełnia łącznie poniższe warunki:

1. Jest osobą fizyczną w wieku powyżej 16 lat i na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończył 75 lat.
2. Wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z WU,
3. Został przez ubezpieczającego zgłoszony do ubezpieczenia.
4. Za danego ubezpieczonego została ubezpieczycielowi zapłacona składka za okres ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1. Suma ubezpieczenia w zakresie o którym mowa w ust. 3 stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest zgodna z tabelą przedstawioną w ust. 3.
2. Suma ubezpieczenia jest stała i nie podlega zmianie w trakcie trwania okresu odpowiedzialności. Każda wypłata świadczenia ubezpieczeniowego powoduje obniżenie sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 1, aż do momentu jej wyczerpania.
3. Suma ubezpieczenia w zakresie każdego z ryzyk oferowanych w pakiecie ubezpieczenia jest zgodna z poniższą tabelą:

Zakres ubezpieczenia – Pakiet Standard		Suma ubezpieczenia w zakresie nieszczęśliwego wypadku/ suma gwarancyjna	Limity odpowiedzialności dla zdarzeń ubezpieczeniowych
uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego		10 000 zł	10 000 zł
zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku			10 000 zł
koszty nabycia środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych			2 500 zł
zgon ubezpieczonego i uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu			10 000 zł
koszty leczenia	operacje plastyczne		1 500 zł
	uciążliwe leczenie		1 000 zł
	przeszkolenie zawodowe inwalidów		1 000 zł
OC w wyniku uprawiania sportu		10 000 zł	nie dotyczy

Wysokość świadczeń

§ 8

1. Jeżeli ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, to ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiadającej takiemu procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu. Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest na podstawie poniższej tabeli:

utrata wzroku w obu oczach	100%
utrata wzroku w jednym oku	30%
utrata słuchu całkowita	60%
utrata słuchu w jednym uchu	15%
utrata obu przedramion	90%
utrata jednego przedramienia	60%
utrata kciuka	10%
utrata palca wskazującego	5%
utrata innego palca niż kciuk i palec wskazujący	3%
utrata obu ud	90%
utrata jednego uda	55%
utrata obu całych stóp	70%
utrata jednej całej stopy	30%

2. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku powstanie więcej niż jedno z obrażeń wymienionych w powyższej tabeli, świadczenie ubezpieczeniowe ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego będącego następstwem zaistniałego nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpił on w okresie nie dłuższym niż dwa lata od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Obowiązki ubezpieczonego

§ 9

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony powinien:
- 1) niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - 2) zwolnić lekarzy i zakłady opieki zdrowotnej z zachowania tajemnicy lekarskiej na rzecz ubezpieczyciela i udostępnić dokumentację medyczną,
 - 3) starać się o złagodzenie skutków zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - 4) stosować się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie i ubezpieczyciela.
2. W celu określenia stanu zdrowia ubezpieczonego lub ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczony powinien:
- 1) niezwłocznie uzyskać pomoc lekarską i poddać się leczeniu zaleconym przez lekarza,
 - 2) współpracować z ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, stosować się do zaleceń ubezpieczyciela udzielać informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - 3) uzyskać dokumentację medyczną, a także przedstawić wyniki dokonanych badań,
 - 4) na zlecenie ubezpieczyciela poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez ubezpieczyciela.

Roszczenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 10

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgłoszenia roszczenia można dokonać:
- 1) drogą elektroniczną przez stronę internetową ubezpieczyciela,
 - 2) telefonicznie,
 - 3) pisemnie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w walucie polskiej. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje w formie wypłaty jednorazowej, przelewem bankowym na wskazany w zgłoszeniu roszczenia numer rachunku bankowego ubezpieczonego i/lub uprawnionego.

3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest ubezpieczonemu.
4. Koszty nabycia wyrobów medycznych, będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty operacji plastycznych zwracane są ubezpieczonemu.
5. Jeżeli ubezpieczony zmarł przed wypłatą świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, należne ubezpieczonemu świadczenie przed zgonem - wypłaca się uprawnionemu, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Jeżeli ubezpieczony otrzymał wcześniej świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego zdarzenia lub innego nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie ubezpieczeniowe uprawnionemu pomniejszone o kwotę wypłaconych wcześniej świadczeń ubezpieczeniowych.
7. Świadczenia, o których mowa w niniejszych WU, nie przysługują uprawnionemu, który umyślnie przyczynił się lub spowodował zgon ubezpieczonego.
8. Ubezpieczyciel może żądać na swój koszt przeprowadzenia badań lekarskich u wskazanego lekarza, w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Zasadność i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel ustala na podstawie:
 - 1) posiadanego zaświadczenia lekarskiego opisującego rodzaj i rozległość obrażeń oraz ich skutków,
 - 2) zaświadczenia szpitalnego lub karty informacyjnej ze szpitala, albo innych dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem zawierające dokładną diagnozę lekarską,
 - 3) raportów policyjnych z miejsca zdarzenia dotyczących wypadku lub zeznania świadków, o ile zostały sporządzone,
 - 4) aktu zgonu w przypadku, o którym mowa w ust. 5,chyba że uprawniony lub ubezpieczony jest osobą, która takich dokumentów nie posiada i na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego nie może ich uzyskać, w takiej sytuacji uprawniony jest zobowiązany poinformować ubezpieczyciela o wiadomych sobie okolicznościach wypadku.
9. Na podstawie dokumentów, o których mowa w ust. 8, wyników badań lekarskich i ustaleniu związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczyciel ustala rodzaj i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ustępów poniżej.
10. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rekonwalescencji, a w przypadku dłuższego leczenia – najpóźniej w 24-tym miesiącu od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Jeżeli na skutek wypadku uszkodzeniu uległ więcej niż jeden organ, stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu są sumowane, z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia.
12. W razie utraty, uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były już upośledzone w wyniku poprzednich trwałych uszczerbków na zdrowiu poniesionych przez ubezpieczonego lub choroby ubezpieczonego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, a stopniem uszczerbku istniejącym przed wypadkiem powodującym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
13. Przy ustaleniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie uwzględnia się rodzaju pracy lub innych czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
14. Jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się go jako przypuszczalny według oceny lekarzy orzeczników ubezpieczyciela.
15. Udokumentowane koszty nabycia protez oraz specjalistycznych środków ochronnych i pomocniczych są pokrywane przez ubezpieczyciela, jeżeli nie mogły zostać pokryte z ubezpieczenia społecznego oraz pod warunkiem, że wystąpiły przed upływem dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku.
16. W przypadku powzięcia przez ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności roszczeń lub wysokością świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w terminie 7 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego, a które ubezpieczony może uzyskać na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa polskiego.

Czynności podejmowane przez ubezpieczyciela w przypadku zgłoszenia roszczenia

§ 11

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, za skutki którego ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczonego i/lub uprawnionego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w terminie 30 dni od daty otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 2 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania.
6. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1 oraz uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez ubezpieczyciela.
7. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, w szczególności zawierającej informacje o okolicznościach zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, podanie przez ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie nieprawdziwych danych dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień może powodować utratę prawa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub jeżeli służyło wyłudzeniu świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczonego, lub uprawnionego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie świadczenia ubezpieczeniowego.

Roszczenia regresowe

§ 12

1. Z dniem realizacji świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w WU, na ubezpieczyciela przechodzi z mocy prawa roszczenie ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę do wysokości zrealizowanego świadczenia ubezpieczeniowego. Nie przechodzą na ubezpieczyciela roszczenia ubezpieczonego wobec osoby, za którą ubezpieczony ponosi odpowiedzialność lub z którą pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.
2. Ubezpieczający oraz ubezpieczony powinni udzielić ubezpieczycielowi wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych informacji.
3. Jeżeli zrealizowane przez ubezpieczyciela świadczenie ubezpieczeniowe pokryło tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę przed roszczeniami regresowymi ubezpieczyciela.

4. Jeżeli ubezpieczony bez zgody ubezpieczyciela skutecznie zrzekł się roszczenia wobec osoby odpowiedzialnej za szkodę (sprawcy szkody) w całości lub w części lub je ograniczył, ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub je odpowiednio zmniejszy. Jeżeli fakt zrzeczenia się lub ograniczenia roszczeń zostanie ujawniony po wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel upoważniony jest do zażądania zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego.

Składka

§ 13

Do zapłaty składki zobowiązany jest ubezpieczający.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane przez ubezpieczyciela, ubezpieczającego i podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego na podstawie niniejszej umowy lub WU, powinny być składane na piśmie, chyba że umowa lub WU stanowią inaczej. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
2. Ubezpieczony powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych do umowy ubezpieczenia:
 - 1) w formie elektronicznej e-mailem do ubezpieczyciela lub
 - 2) w formie pisemnej bezpośrednio ubezpieczycielowi.
3. Ubezpieczony ma prawo do składania reklamacji do Departamentu Obsługi Reklamacji ubezpieczyciela:
 - 1) pisemnie drogą pocztową,
 - 2) osobiście z wykorzystaniem formularza zgłoszenia reklamacji w centrali ubezpieczyciela lub Biurze Regionalnym, których dane teled adresowe można uzyskać pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 3) telefonicznie pod numerem infolinii ubezpieczyciela 801 500 300,
 - 4) z wykorzystaniem aplikacji zamieszczonej na stronie internetowej: www.tueuropa.pl – Centrum Obsługi Klienta.
 - 5) Aktualne dane teled adresowe ubezpieczyciela znajdują się na stronie internetowej pod adresem: www.tueuropa.pl.
4. Ubezpieczony, uprawniony może zwrócić się o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub wystąpić z wnioskiem o przeprowadzenie w trybie art. 31 ust. 1 Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) w związku z art. 37 Ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. z 2016 r. poz. 892) przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporu między klientem a podmiotem rynku finansowego. Aktualne dane o podmiocie uprawnionym do przeprowadzenia ww. postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <http://www.rf.gov.pl>.
5. Ubezpieczony, uprawniony może także korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia ich wpływu.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji w powyższym terminie, zgłaszający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia dla rozpatrzenia sprawy oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Maksymalny termin rozpatrzenia reklamacji nie może przekroczyć 60 dni kalendarzowych licząc od dnia jej wpływu.
8. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie pisemnej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi w formie elektronicznej może nastąpić na wniosek składającego reklamację.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Spory ze stosunku ubezpieczenia mogą być rozstrzygane w drodze polubownej.

11. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego albo uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub uprawnionego.
12. Wszelkie spory wynikające ze stosunku ubezpieczenia w pierwszej kolejności rozwiązywane będą w drodze negocjacji, a gdy to nie przyniesie rozwiązania, poddane będą rozstrzygnięciu sądowi zgodnie z ust. 7.
13. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
14. Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy ubezpieczonym i ubezpieczycielem jest język polski.
15. WU mają zastosowanie do ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia od dnia ____.:____.:_____.r.

KLAUZULE DODATKOWE

Klauzula numer 1 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

Postanowienia wstępne

§1

Ustala się, że z zachowaniem niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień warunków grupowego ubezpieczenia „Sport” dla Polskiego Związku Triathlonu (zwane dalej: WU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

Definicje

§2

Poniższe określenia w rozumieniu niniejszej klauzuli mają następujące znaczenie:

- czynności życia prywatnego** – czynności wykonywane przez ubezpieczonego dotyczące jego sfery prywatnej,
- osoba bliska** – małżonek, dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione albo przyjęte na wychowanie, rodzice, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, dziadkowie, wnukowie, zięciowie i synowie ubezpieczonego, konkubent,
- osoba trzecia** – osoba pozostająca poza stosunkiem ubezpieczenia, niebędąca ubezpieczającym lub ubezpieczonym,
- szkoda** – szkoda wyrządzona przez ubezpieczonego osobie trzeciej, polegająca na:
 - spowodowaniu śmierci, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (szkoda osobowa),
 - uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia, w tym także utracone korzyści poszkodowanego, które mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy (szkoda majątkowa), do naprawienia której ustawowo zobowiązany jest ubezpieczony,
- odszkodowanie** – świadczenie pieniężne wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu zajścia wypadku ubezpieczeniowego, za który odpowiedzialność ponosi ubezpieczyciel na podstawie WU, po uprzednim pomniejszeniu o franszyzę redukcyjną.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego, gdy w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego lub posiadaniem mieniem służącym do wykonywania czynności życia prywatnego, w następstwie czynu niedozwolonego (odpowiedzialność cywilna deliktowa) jest on zobowiązany w myśl przepisów prawa polskiego do naprawienia szkody wyrządzonej osobie trzeciej w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w związku z uprawianiem sportu.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli zgłoszenie roszczenia nastąpi przed upływem terminu przedawnienia.
- Ubezpieczyciel w ramach swojej odpowiedzialności i w granicach sumy gwarancyjnej zobowiązuje się do:
 - sprawdzania zasadności roszczenia i oddalenia roszczeń niezasadnych,
 - pokrycia uzasadnionych kosztów, niezbędnych do zapobieżenia zwiększeniu się rozmiarów szkody,
 - pokrycia kosztów postępowania ugodowego, prowadzonego wyłącznie na polecenie lub za zgodą ubezpieczyciela, w związku z roszczeniami zgłoszonymi wobec ubezpieczonego lub jego małżonka lub dzieci, za które ponosi odpowiedzialność,
 - pokrycia kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za wiedzą i zgodą ubezpieczyciela w celu ustalenia okoliczności lub rozmiarów szkody,

- 5) opłacenia kosztów, wskazanego lub zaakceptowanego przez ubezpieczyciela obrońcy, występującego w imieniu ubezpieczonego w toczącym się przeciwko niemu postępowaniu karnym, w wyniku którego ubezpieczony może zostać pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej za swe działania, lub działania dzieci, za które ubezpieczony ponosi odpowiedzialność,
 - 6) pokrycia kosztów postępowań sądowych związanych z ochroną ubezpieczonego przed roszczeniem osoby trzeciej, prowadzonych wyłącznie na polecenie lub za zgodą ubezpieczyciela,
 - 7) wypłaty należnych odszkodowań w imieniu ubezpieczonego; wypłata odszkodowania osobie poszkodowanej nastąpi wyłącznie po uprzednim potwierdzeniu zasadności roszczenia przez ubezpieczyciela, zatwierdzonej ugody lub na podstawie prawomocnego wyroku sądu.
4. Ubezpieczyciel nie odpowiada za koszty wynikające z braku zgody ubezpieczonego na zawarcie ugody z poszkodowanym lub na zaspokojenie jego roszczeń.
 5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z chwilą wypłaty odszkodowania w łącznej wysokości równej sumie gwarancyjnej, zgodnie z § 4.
 6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, poza wyłączeniami wymienionymi w § 4 WU, za szkody:
 - 1) wynikające z zawartej przez ubezpieczonego umowy lub szczególnych przyrzeczeń powodujących powstanie roszczeń wykraczających poza zakres ustawowej odpowiedzialności cywilnej,
 - 2) wynikające z przeniesienia przez ubezpieczonego lub osoby bliskie chorób (w tym chorób zakaźnych i wirusa HIV), a w odniesieniu do pozostających pod opieką ubezpieczonego lub zbytych przez ubezpieczonego zwierząt domowych – chorób zakaźnych (choroba wywołana zakażeniem drobnoustrojami, jadami wytwarzanymi przez drobnoustroje lub zarażeniem pasożytami),
 - 3) powstałe z tytułu posiadania lub użytkowania koni,
 - 4) wynikające z posiadania, kierowania, używania, uruchamiania pojazdów mechanicznych, jednostek powietrznych i wodnych,
 - 5) polegające na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie środków płatniczych, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów, nośników danych, biżuterii, metali szlachetnych, zbiorów i kolekcji, dzieł sztuki, a także wszelkich kart płatniczych wydawanych przez banki lub inne instytucje,
 - 6) związane z dostępem lub korzystaniem z Internetu,
 - 7) powstałe wskutek naruszenia dóbr osobistych (innych niż objęte zakresem szkody na osobie),
 - 8) polegające na wystąpieniu strat finansowych, nie związanych ze szkodą osobową lub rzeczową,
 - 9) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
 - 10) wyrządzone wzajemnie pomiędzy ubezpieczonym a osobami bliskimi,
 - 11) wyrządzone w środowisku naturalnym przez jego skażenie lub zanieczyszczenie,
 - 12) wyrządzone w drzewostanie lasów i parków.
 6. Ubezpieczenie nie pokrywa grzywien i kar administracyjnych lub sądowych oraz innych kar o charakterze pieniężnym, w tym również odszkodowań o charakterze karnym, nałożonych na osoby objęte ochroną ubezpieczeniową.
 7. Za czynności życia prywatnego, o których mowa w § 2 ust. 1, nie uważa się wykonywania działalności gospodarczej, wolnego zawodu, pełnienia funkcji, w tym funkcji honorowych w związkach, zrzeszeniach, organizacjach społecznych lub politycznych oraz pracy w charakterze wolontariusza.

Suma gwarancyjna

§4

1. Wysokość sumy gwarancyjnej wynosi 10.000 zł. Suma gwarancyjna stanowi górną granicą odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do wszystkich zdarzeń zaistniałych w okresie odpowiedzialności, za które ubezpieczyciel ponosi swoją odpowiedzialność.
2. Suma gwarancyjna jest stała i nie podlega zmianie w trakcie trwania okresu odpowiedzialności. Każda wypłata odszkodowania lub pokrycie kosztów wymienionych w § 3 ust. 3 powoduje obniżenie sumy gwarancyjnej, przy czym wypłata odszkodowań o łącznej wartości równej sumie gwarancyjnej powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia w zakresie niniejszej klauzuli.
3. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie z uwzględnieniem franszyzy redukcyjnej w wysokości 500 zł.

Wypłata odszkodowania

§5

1. W przypadku zajścia zdarzenia powodującego lub mogącego spowodować roszczenie wobec osób objętych ubezpieczeniem, ubezpieczony powinien:
 - 1) sporządzić oświadczenie ustalające okoliczności zajścia szkody,
 - 2) przekazać do ubezpieczyciela informację o zaistnieniu zdarzenia mogącego obciążyć ubezpieczonego odpowiedzialnością cywilną, podając okoliczności i przyczyny szkody oraz załączając niezbędne dokumenty dotyczące okoliczności zdarzenia (np. w przypadku szkody osobowej – dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie szkody osobowej oraz poniesione w związku z nią koszty, o ile jest w stanie takie dokumenty pozyskać lub w przypadku szkody rzeczowej – kosztorys naprawienia mienia) oraz własne oświadczenie o swojej odpowiedzialności za szkodę lub odpowiednie stanowisko ubezpieczonego co do zaistnienia jego odpowiedzialności za powstałą szkodę,
 - 3) starać się o ustalenie świadków zdarzenia oraz o ich zeznania w sprawie zaistniałego zdarzenia w formie pisemnego oświadczenia,
 - 4) udzielić dodatkowych wyjaśnień i dostarczyć posiadane dowody potrzebne do ustalenia okoliczności zdarzenia oraz umożliwić przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego,
2. Jeżeli ubezpieczyciel w związku z powstałą szkodą zlecił na piśmie podjęcie określonych środków możliwych do zastosowania przez ubezpieczonego, mających na celu zapobieżenie w przyszłości innym zdarzeniom, a ubezpieczony nie zastosował się do tych zaleceń, ubezpieczyciel jest uprawniony do odmowy wypłaty odszkodowania lub odpowiedniego zmniejszenia odszkodowania za następne szkody powstałe z takiej samej przyczyny, chyba że zastosowanie się do zaleceń ubezpieczyciela nie miało by wpływu na powstanie szkody.
3. Jeżeli osobie trzeciej została wyrządzona przez ubezpieczonego szkoda w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczony powinien:
 - 1) niezwłocznie zawiadomić ubezpieczyciela, jeżeli przeciwko ubezpieczonemu wszczęte zostało postępowanie karne albo, jeżeli osoba trzecia wystąpiła z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową w celu umożliwienia ubezpieczycielowi realizacji zobowiązań ubezpieczyciela, o których mowa w § 3 ust. 3,
 - 2) doręczyć ubezpieczycielowi orzeczenie sądu wydane przeciwko ubezpieczonemu w terminie umożliwiającym wniesienia środka odwoławczego.
4. Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w każdym przypadku wypłacane jest bezpośrednio poszkodowanej osobie trzeciej.
5. Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie na podstawie:
 - 1) uznania roszczenia poszkodowanej osoby trzeciej, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego, zasadności roszczeń i wysokości odszkodowania, lub
 - 2) zawartej z poszkodowaną osobą trzecią ugody, lub
 - 3) prawomocnego orzeczenia sądu.

Klauzula numer 2 – rozszerzenie o następstwo zawału serca lub udaru mózgu.

Postanowienia wstępne

§1

1. Ustala się, że z zachowaniem niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień warunków grupowego ubezpieczenia „Sport” dla Polskiego Związku Triathlonu (zwane dalej: WU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaje rozszerzony o następstwo zawału serca lub udaru mózgu.
2. Rozszerzeniem udzielonej ochrony o następstwo zawału serca lub udaru mózgu może być objęty każdy ubezpieczony, którego wiek powiększony o okres odpowiedzialności nie przekracza 65 lat w dniu przystąpienia umowy ubezpieczenia.

Definicje

§2

Poniższe określenia w rozumieniu niniejszej klauzuli mają następujące znaczenie:

1. **udar mózgu** – oznacza, potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego, utrzymującego się co najmniej przez 3 miesiące, uszkodzenia układu nerwowego, powstałe w następstwie epizodu mózgowo-naczyniowego wywołującego następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmującego zawał tkanki mózgowej, krwawienie podpajęczne lub krwawienia do mózgu, zatępienie lub zakrzepy mózgowe. Diagnoza musi być dokonana na podstawie zmian stwierdzonych w rezonansie magnetycznym, tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie incydentu mózgowo-naczyniowego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela,
2. **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych; wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

Zakres ubezpieczenia

§3

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielona jest ubezpieczonemu na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zgonu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu lub zgon nastąpił w okresie 180 dni od dnia zajścia zdarzenia, które miało miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z chwilą wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, zgodnie z § 4 niniejszej klauzuli.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie nastąpiło na skutek nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich oraz na skutek sytuacji opisanych w WU w § 4. Wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczy § 4 ust. 1 pkt 9 WU.
4. Za udar mózgu nie uznaje się:
 - 1) przemijającego niedokrwienia mózgu,
 - 2) odwracalnego niedokrwienego ubytku neurologicznego,
 - 3) uszkodzenia mózgu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem, infekcją, zapaleniem naczyń, zapaleniem mózgu,
 - 4) chorób naczyniowych dotyczących narządu wzroku (w tym nerwu wzrokowego),
 - 5) zaburzeń niedokrwienych układu równowagi.

Suma ubezpieczenia i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§4

1. Ubezpieczyciel w przypadku zaistnienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości zgodnej z tabelą norm uszczerbku na zdrowiu, stosowanej przy orzekaniu o następstwach wypadków przy pracy oraz w drodze do pracy, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. z 2002 r. nr 234, poz. 1974). Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest na zasadach opisanych w § 8 WU. W przypadku zaistnienia zgonu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, zgodnie z § 7 WU.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest przez ubezpieczyciela w granicach sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, o której mowa w § 7 niniejszych WU.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest złożenie przez uprawnionego dokumentów wskazanych w § 10 WU oraz dodatkowo:
 - 1) zaświadczenie lekarza specjalisty stwierdzające chorobę (udar mózgu/zawał serca),
 - 2) odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby.

Klauzula numer 3 – rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o zwrot kosztów leczenia.

Postanowienia wstępne

§1

Ustala się, że z zachowaniem niezmiennych niniejszą klauzulą postanowień warunków grupowego ubezpieczenia „Sport” dla Polskiego Związku Triathlonu (zwane dalej: WU) oraz po opłaceniu dodatkowej składki zakres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o ochronę ubezpieczeniową w zakresie kosztów leczenia poniesionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§2

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot następujących kosztów związanych z następstwami nieszczęśliwych wypadków, które zaszły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:
 - 1) przeszkolenia zawodowego inwalidów – do wysokości 10% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 7 WU , nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty, pod warunkiem, że ubezpieczony przedłożył decyzję zakładu ubezpieczeń społecznych (ZUS), w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego oraz spełnił warunki:
 - a. nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innego ubezpieczenia,
 - b. zostały poniesione w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) operacji plastycznych zaleconych przez lekarza jako absolutnie niezbędna część procesu leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową – do wysokości 15% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 7 WU nie więcej jednak niż wynoszą rzeczywiste, udokumentowane koszty poniesione na terenie całego świata, oraz
 - 3) świadczenie z tytułu uciążliwości leczenia – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony nie doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, a leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku przebiegało w sposób uciążliwy dla ubezpieczonego, czyli zaszła medyczna konieczność jednego z niżej wymienionych zdarzeń:
 - a. przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego,
 - b. cyklicznego leczenia rehabilitacyjnego,które wymagały wcześniejszego leczenia szpitalnego powyżej 7 dni, ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia o której mowa w § 7 WU..
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z chwilą wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, zgodnie z § 3 niniejszej klauzuli.
3. Z odpowiedzialności ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z sytuacjami opisanymi w WU § 4.

§3

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia i na zasadach opisanych § 8 WU.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest przez ubezpieczyciela w granicach sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, o której mowa w § 7 niniejszych WU.
3. Podstawą do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest złożenie przez uprawnionego dokumentów wskazanych w WU oraz:
 - 1) oryginałów faktur lub rachunków oraz decyzji ZUS, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego – celem refundacji poniesionych kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów,
 - 2) oryginałów faktur lub rachunków – celem refundacji poniesionych kosztów operacji plastycznych.
4. Koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, koszty operacji plastycznych zwracane są ubezpieczonemu.