



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW I CHOROÓB DZIECI
OSÓB OBJĘTYCH SPOŁECZNYM UBEZPIECZENIEM ROLNIKÓW
LUB POBIERAJĄCYCH ŚWIADCZENIE Z UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO ROLNIKÓW**

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 4 § 12
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 § 4 § 5

Wprowadzenie

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, dalej zwane **OWU**, mają zastosowanie do Grupowej Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków i Chorób Dzieci Osób Objętych Społecznym Ubezpieczeniem Rolników lub Pobierających Świadczenie z Ubezpieczenia Społecznego Rolników, dalej zwanej **Umową**, zawieranej pomiędzy AGRO Ubezpieczeniami - Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych, dalej zwanym **Towarzystwem**, a Funduszem Składkowym Ubezpieczenia Społecznego Rolników, dalej zwanym **Ubezpieczającym**.

Definicje

§ 2

- Przez użyte w niniejszych OWU określenia rozumie się:
 - akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie

uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;

- akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
- choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego;
- dziecko** – dziecko:
 - biologiczne,
 - przysposobione,
 - dziecko, któremu sąd ustanowił opiekuna, które w każdym przypadku nie ukończyło 16 roku życia;
- dzień pobytu w szpitalu** – każde nieprzerwane 24 godziny pobytu w szpitalu;
- gospodarstwo rolne** – obszar gruntów sklasyfikowanych w ewidencji gruntów i budynków jako użytki rolne lub jako grunty zadrzewione



- i zakrzewione na użytkach rolnych, o łącznej powierzchni przekraczającej 1 ha lub 1 ha przeliczeniowy, z wyjątkiem gruntów zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej innej niż działalność rolnicza, a także obszar takich gruntów, niezależnie od powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych;
- 7) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny od momentu przyjęcia do szpitala;
 - 8) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 9) **koszty leczenia** – koszty:
 - a) wizyt lekarskich,
 - b) zleconych przez lekarza: zabiegów ambulatoryjnych i operacji oraz badań,
 - c) zakupu leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza, a w przypadku zakupu leków na receptę – przepisanych przez lekarza lub inne osoby uprawnione do wystawiania recept na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodzie felczera,
 - d) leczenia szpitalnego,
 - e) rehabilitacji,
 - f) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium,
 - g) dojazdu do placówek medycznych i rehabilitacyjnych;
 - 10) **leczenie szpitalne** – udzielane w szpitalu świadczenia zdrowotne, których odroczenie w czasie może skutkować utratą lub pogorszeniem zdrowia albo utratą życia lub które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Za leczenie szpitalne nie uznaje się świadczeń: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego;
 - 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego w wyniku którego doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca lub udar mózgu. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się innych chorób, nawet występujących nagle;
 - 12) **odmrożenie** – proces chorobowy obejmujący uszkodzenie skóry lub tkanek wskutek działania ujemnej temperatury (w skali Celsjusza) na organizm Ubezpieczonego;
 - 13) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) **oparzenie** – proces chorobowy obejmujący uszkodzenie skóry lub tkanek wskutek działania ciepła lub czynnika chemicznego, lub promieniowania jonizującego na organizm Ubezpieczonego;
 - 15) **operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny związany z otwarciem powłok ciała, wykonywany w szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w warunkach bloku operacyjnego przez lekarza o specjalności zabiegowej, mający na celu przywrócenie prawidłowej czynności chorego narządu lub organu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Operacjami w rozumieniu OWU nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), szycie ran i usuwanie znamion. W związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci nie więcej niż jedno świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej;
 - 16) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu, którego celem są leczenie szpitalne lub badania diagnostyczne, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 dni;
 - 17) **pojazd** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze albo maszyna lub urządzenie do tego przystosowane;
 - 18) **porażenie piorunem** – efekt powstający wskutek przepływu prądu elektrycznego w wyniku wyładowań atmosferycznych przez tkanki organizmu Ubezpieczonego;
 - 19) **porażenie prądem elektrycznym** – efekt powstający w wyniku przepływu prądu elektrycznego przez tkanki organizmu Ubezpieczonego;
 - 20) **poważne zachorowanie** – zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia którakolwiek z jednostek chorobowych wymienionych w ust. 2;
 - 21) **rehabilitacja** – integralna część leczenia poszpitalnego, która ma na celu zmniejszenie fizycznych następstw choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie do pełnej lub maksymalnie możliwej sprawności fizycznej, przeprowadzona na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 22) **roczny okres ubezpieczenia** – okres kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, a kończący się w dniu poprzedzającym dzień, w którym przypada najbliższa rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, oraz każdy kolejny okres 12 miesięcy rozpoczynający się w dniu następnym po upływie danego rocznego okresu ubezpieczenia;
 - 23) **sepsa** – ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny. W rozumieniu niniejszych OWU zakres definicji obejmuje wyłącznie taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej dwóch z poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba.Zdiagnozowanie sepsy musi potwierdzić dokumentacja medyczna;
 - 24) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda quadem, jazda motocyklem crossowym, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, narciarstwo oraz snowboard (poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi), nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting i inne sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
 - 25) **sprzęt rehabilitacyjny** – to sprzęt niezbędny do prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych mających za zadanie osiągnięcie przy aktywnym uczestnictwie osoby niepełnosprawnej możliwie najwyższego poziomu jej funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej. Jest to sprzęt służący do usprawniania zaburzonych funkcji organizmu lub wspomagający proces rehabilitacji. Szczegółowy wykaz tych przedmiotów i zasady ich przyznawania znajdują się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.05.2017 r. lub późniejszych w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
 - 26) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 27) **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 28) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego udzielające całodobowych, kompleksowych świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza, prowadzące dla każdego pacjenta dokumentację medyczną, z wyłączeniem:
 - a) szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych,
 - b) ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień,
 - c) hospicjów, domów opieki, ośrodków opieki paliatywnej, ośrodków wypoczynkowych;
 - 29) **szpitalny oddział ratunkowy (SOR)** – jednostka organizacyjna szpitala i systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego utworzona w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Działania SOR polegają



na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na potrzeby niniejszych OWU pomoc udzielona przez ratowników medycznych pogotowia ratunkowego (karetki pogotowia) jest równoznaczna z przyjęciem Ubezpieczonego na SOR;

- 30) **środki chemiczne** – chemiczne środki ochrony roślin, preparaty używane przeciw niszczącym działaniom owadów, zoocydy, fungicydy, bakteriocydy, herbicydy oraz chemiczne regulatory wzrostu roślin, nawozy;
- 31) **środki pomocnicze** – protezy kończyn, ortezy, gorsety ortopedyczne, obuwie ortopedyczne, siedziska ortopedyczne, pionizatory, laski dla niewidomych, balkoniki do chodzenia, kule, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, peruki, cewniki, materace oraz poduszki przeciwoleżynowe, pieluchomajtki;
- 32) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji;
- 33) **Ubezpieczający** – Fundusz Składowy Ubezpieczenia Społecznego Rolników, zawierający Umowę i obowiązany do opłacania składki;
- 34) **Ubezpieczony:**
 - a) dziecko (**Ubezpieczone dziecko**) pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z rodzicami lub opiekunami prawnymi, z których przynajmniej jedno jest objęte ubezpieczeniem społecznym rolników lub pobiera świadczenie z ubezpieczenia społecznego rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
 - b) rolnik (**Ubezpieczony rolnik**) – rodzic lub opiekun prawny Ubezpieczonego dziecka, z którym to dziecko pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym i który jest objęty ubezpieczeniem społecznym rolników lub pobiera świadczenie z ubezpieczenia społecznego rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 35) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). Za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 36) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego do otrzymania sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, a w przypadku gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do otrzymania sumy ubezpieczenia lub utraciła ona prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom wskazanym w § 11 ust. 3–5;
- 37) **wada wrodzona serca** – niepełnosprawność anatomiczna zakwalifikowana w ICD-10 jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (kod ICD: Q20–Q24);
- 38) **wstrząśnienie mózgu** – zespół objawów klinicznych występujących po urazie głowy, charakteryzujących się utratą przytomności z niepamięcią wsteczną dotyczącą okresu poprzedzającego uraz, po którym następuje wyzdrowienie bez ubytków neurologicznych;
- 39) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych; za wyczynowe uprawianie

sportu nie uważa się zajęć sportowych organizowanych przez szkołę, do której uczęszcza Ubezpieczone dziecko;

- 40) **wypadek komunikacyjny** – wywołany ruchem pojazdu wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pasażer, osoba kierująca pojazdem, pieszy lub rowerzysta;
 - 41) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) objawy kliniczne niedokrwienia serca,
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - c) nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji;
 - 42) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz każde inne zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w Umowie;
 - 43) **zwierzęta** – królestwo obejmujące wielokomórkowe organizmy cudzożywne o komórkach eukariotycznych, bez ściany komórkowej, w większości zdolne do aktywnego poruszania się. Z zakresu niniejszej definicji wyłączone są owady oraz pajęczaki.
2. Poważne zachorowania w rozumieniu niniejszych OWU to:
- 1) **anemia aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.Pacjent musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatami krwiopochodnymi lub preparatami stymulującymi czynności szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u Ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej. Rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci anemii aplastycznej;
 - 2) **borelioza** – krętkowica przenoszona przez kleszcze skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swojego badania immunologicznego;
 - 3) **choroba Heinego-Medina (poliomyelitis)** – wywołana wirusem polio infekcja, której skutkiem jest paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę chorób dziecięcych lub zakaźnych;
 - 4) **guz mózgu** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy. Istnienie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI. Z zakresu niniejszej definicji wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu



- słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;
- 5) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii. Fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta ubezpieczeniem;
- 6) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenieniem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
- wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis oraz Ta) według klasyfikacji AJCC,
 - wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
- 7) **paraliż (niedowład)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa. Niedowładem w rozumieniu niniejszej definicji nie są przypadki niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
- 8) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku, jako biorcy, jednego z poniższych narządów bądź zamieszczenie Ubezpieczonego na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z poniższych narządów:
- serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
 - szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku.
- Zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;
- 9) **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez co najmniej kolejnych 6 miesięcy i niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym chirurgicznym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa na podstawie stwierdzenia choroby lub urazu fałd głosowych. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich wypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi, psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
- 10) **utrata słuchu** – całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata funkcji słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem i niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym chirurgicznym oraz aparatem słuchowym. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza laryngologa na podstawie wyników badania audiometrycznego i audiometrii impedancyjnej, wskazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 11) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,1) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem i niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym chirurgicznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 12) **zapalenie opon mózgowych** – infekcja opon mózgowych wywołana przez wirusy, bakterie, pasożyty lub grzyby, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego.
3. Za datę wystąpienia poważnego zachorowania uważa się:
- datę zakwalifikowania na listę biorców, a jeżeli takiej listy nie było, datę przeszczepu – dla przeszczepu narządu;
 - datę zdiagnozowania poważnego zachorowania przez lekarza dla pozostałych poważnych zachorowań wymienionych w ust. 2, a także dla wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w postaci udaru mózgu oraz zawału serca.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W przypadku **Ubezpieczonego dziecka** zakres ubezpieczenia obejmuje:
- śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego;
 - śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - wystąpienie u Ubezpieczonego dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku;
 - uszkodzenie ciała Ubezpieczonego dziecka będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie przysługuje świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - porażenie Ubezpieczonego dziecka prądem elektrycznym lub piorunem;
 - zatrucie się Ubezpieczonego dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami;
 - pokąsanie, ukąszenie, pogryzienie, ugryzienie Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta;
 - oparzenie lub odmrożenie ciała Ubezpieczonego dziecka;
 - wystąpienie u Ubezpieczonego dziecka wstrząśnienia mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu wskutek choroby;
 - koszty leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego dziecka;
 - koszty leczenia stomatologicznego następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego dziecka;
 - koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych dla Ubezpieczonego dziecka;
 - poważne zachorowanie Ubezpieczonego dziecka;
 - operacje chirurgiczne Ubezpieczonego dziecka będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku;
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego dziecka sepsy;
 - zdiagnozowanie u Ubezpieczonego dziecka wady wrodzonej serca.
3. W przypadku **Ubezpieczonego rolnika** zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego rolnika wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Sumy ubezpieczenia podane są odrębnie dla każdego Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na całym świecie.



Świadczenia § 4

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego

2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego dziecka, miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego;
 - 2) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce na terenie gospodarstwa rolnego, jest świadczeniem dodatkowym, wypłacanym niezależnie od wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 1.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

4. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek komunikacyjny, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego dziecka wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie 18 miesięcy od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
 - 3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest świadczeniem dodatkowym, wypłacanym niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
7. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny wystąpił na terenie gospodarstwa rolnego, zamiast świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie, o którym mowa w ust. 2.

Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku

8. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 4, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka, w łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego Ubezpieczone dziecko doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;

- 3) trwały uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznało Ubezpieczone dziecko wskutek nieszczęśliwego wypadku, jest większy niż 3%;
- 4) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem u Ubezpieczonego dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
9. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarło wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
10. Jeżeli Ubezpieczone dziecko zmarło wskutek nieszczęśliwego wypadku, ale z tytułu tego wypadku nie wypłacono świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wówczas przysługuje jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka.
11. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, to nie przysługują mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia z tytułu:
 - 1) oparzenia lub odmrożenia ciała Ubezpieczonego dziecka;
 - 2) pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta;
 - 3) zatrucia się Ubezpieczonego dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami;
 - 4) porażenia Ubezpieczonego dziecka prądem elektrycznym lub piorunem.

Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nie przysługuje świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu

12. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 5, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego Ubezpieczone dziecko doznało uszkodzenia ciała, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) uszkodzenie ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpiło w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem u Ubezpieczonego dziecka uszkodzenia ciała istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 4) wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego dziecka nie wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu większy niż 3%;
 - 5) wskutek uszkodzenia ciała Ubezpieczone dziecko:
 - a) zostało przyjęte na SOR i udzielono mu tam pomocy medycznej z zaleceniem dalszego leczenia oraz co najmniej jednej późniejszej wizyty kontrolnej lub
 - b) na skutek uszkodzenia ciała Ubezpieczone dziecko było poddane hospitalizacji, lub
 - c) doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale nie większego niż 3%.
13. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała, to nie przysługują mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia z tytułu pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta.

Świadczenie z tytułu porażenia Ubezpieczonego dziecka prądem elektrycznym lub piorunem

14. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 6, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) porażenie prądem elektrycznym lub piorunem Ubezpieczonego dziecka miało miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) wskutek porażenia prądem lub piorunem Ubezpieczone dziecko zostało przyjęte na SOR i udzielono mu tam pomocy medycznej z zaleceniem dalszego leczenia oraz co najmniej jednej późniejszej wizyty kontrolnej lub na skutek tych zdarzeń Ubezpieczone dziecko poddane zostało hospitalizacji;
 - 3) porażenie prądem lub piorunem zostało stwierdzone przez lekarza.
15. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu porażenia prądem elektrycznym lub piorunem, a następnie zmarło lub doznało



trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci lub z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu porażenia prądem elektrycznym lub piorunem.

16. Jeżeli Ubezpieczone dziecko zmarło wskutek porażenia prądem elektrycznym lub piorunem, wówczas przysługuje jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
17. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu porażenia prądem elektrycznym lub piorunem, to nie przysługuje mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu zatrucia się Ubezpieczonego dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami

18. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 7, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) zatrucie się Ubezpieczonego dziecka środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami miało miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) wskutek zatrucia środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami Ubezpieczone dziecko zostało przyjęte na SOR i udzielono mu tam pomocy medycznej z zaleceniem dalszego leczenia oraz co najmniej jednej późniejszej wizyty kontrolnej lub na skutek tych zdarzeń Ubezpieczone dziecko poddane zostało hospitalizacji;
 - 3) zatrucie środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami zostało stwierdzone przez lekarza.
19. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu zatrucia się środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami, a następnie zmarło lub doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu zatrucia się środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami.
20. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu zatrucia się środkami chemicznymi, grzybami, salmonellą lub trującymi roślinami, to nie przysługuje mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta

21. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 8, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) pokąsanie, ukąszenie, pogryzienie, ugryzienie Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta miało miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) wskutek pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia przez zwierzęta Ubezpieczone dziecko zostało przyjęte na SOR i udzielono mu tam pomocy medycznej z zaleceniem dalszego leczenia oraz co najmniej jednej późniejszej wizyty kontrolnej lub na skutek tych zdarzeń Ubezpieczone dziecko poddane zostało hospitalizacji;
 - 3) pokąsanie, ukąszenie, pogryzienie, ugryzienie przez zwierzęta zostało stwierdzone przez lekarza.
22. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta, a następnie zmarło lub doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia Ubezpieczonego dziecka przez zwierzęta.
23. Jeżeli Ubezpieczone dziecko zmarło wskutek pokąsania, ukąszenia, pogryzienia, ugryzienia przez zwierzęta, wówczas przysługuje jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
24. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu pokąsania, ukąszenia,

pogryzienia, ugryzienia przez zwierzęta, to nie przysługuje mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała Ubezpieczonego dziecka

25. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 9, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka, w łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) oparzenie lub odmrożenie ciała Ubezpieczonego dziecka miało miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu, jakiego doznało Ubezpieczone dziecko wskutek oparzenia lub odmrożenia, jest większy niż 3%;
 - 3) trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty oparzenia lub odmrożenia ciała Ubezpieczonego dziecka;
 - 4) pomiędzy oparzeniem lub odmrożeniem ciała Ubezpieczonego dziecka a wystąpieniem u niego trwałego uszczerbku na zdrowiu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
26. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała, a następnie zmarło wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała Ubezpieczonego dziecka.
27. Jeżeli Ubezpieczone dziecko zmarło wskutek oparzenia lub odmrożenia ciała, wówczas przysługuje jedynie świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
28. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia ciała, to nie przysługuje mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a także świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka wstrząśnienia mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku

29. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 10, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 4% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego Ubezpieczone dziecko doznało wstrząśnienia mózgu, miało miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) wskutek wstrząśnienia mózgu Ubezpieczone dziecko zostało przyjęte na SOR i udzielono mu tam pomocy medycznej z zaleceniem dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej lub na skutek wstrząśnienia mózgu Ubezpieczonego zostało poddane hospitalizacji;
 - 3) wstrząśnienie mózgu Ubezpieczonego dziecka zostało stwierdzone przez lekarza.
30. Jeżeli Ubezpieczone dziecko otrzymało świadczenie z tytułu wstrząśnienia mózgu, a następnie zmarło lub doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o kwotę świadczenia uprzednio wypłaconego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka wstrząśnienia mózgu.
31. Jeżeli Ubezpieczone dziecko zmarło wskutek wstrząśnienia mózgu lub doznało trwałego uszczerbku na zdrowiu, wówczas przysługuje jedynie świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
32. Jeżeli wskutek danego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu dziecku przysługuje świadczenie z tytułu wstrząśnienia mózgu, to nie przysługuje mu wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie z tytułu uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu

33. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 11 lub § 3 ust. 2 pkt 12, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 70 złotych za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub wystąpieniem u Ubezpieczonego dziecka choroby;
 - 2) pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia;
 - 3) pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 7 dni.



34. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przysługuje łącznie za nie więcej niż 180 dni, które rozpoczęły się w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
35. W przypadku pobytu Ubezpieczonego dziecka w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

Świadczenie z tytułu kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka

36. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 13, Towarzystwo zwraca koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, stwierdzonych rachunkami lub innymi dowodami zapłaty, maksymalnie jednak do wysokości limitu 2500 złotych w rocznym okresie ubezpieczenia, pod warunkiem że:
- 1) poniesione zostały w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) koszty leczenia powstały nie później niż w okresie 18 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
37. Limit na zwrot kosztów dojazdu do placówek medycznych i rehabilitacyjnych w rocznym okresie ubezpieczenia wynosi 500 złotych, przy czym koszt jednego dojazdu nie może być wyższy niż 100 złotych.

Świadczenie z tytułu kosztów leczenia stomatologicznego zębów stałych następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka

38. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 14, Towarzystwo zwraca koszty leczenia stomatologicznego zębów stałych następstw nieszczęśliwych wypadków do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, stwierdzonych rachunkami lub innymi dowodami zapłaty, maksymalnie jednak do wysokości limitu 2500 złotych w rocznym okresie ubezpieczenia, pod warunkiem że:
- 1) koszty poniesione zostały w związku z leczeniem stomatologicznym następstw nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) koszty leczenia były uzasadnione koniecznością odbudowy lub naprawy uzębienia utraconego lub uszkodzonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) koszty leczenia powstały nie później niż w okresie 18 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.
39. Zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych nie może przekroczyć 700 złotych za każdy zab.

Świadczenie z tytułu kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych dla Ubezpieczonego dziecka

40. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 15, Towarzystwo zwraca koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków pomocniczych do wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów, stwierdzonych rachunkami lub innymi dowodami zapłaty, maksymalnie jednak do wysokości limitu 2500 złotych w rocznym okresie ubezpieczenia, pod warunkiem że:
- 1) poniesione zostały w związku z koniecznością przebycia rehabilitacji, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) były udokumentowane kopią zlecenia lekarskiego;
 - 3) koszty powstały nie później niż w okresie 18 miesięcy od daty zakończenia pobytu w szpitalu.

Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka

41. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 16, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że poważne zachorowanie Ubezpieczonego dziecka miało miejsce w okresie ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego dziecka będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku

42. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 17, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
- 1) nieszczęśliwy wypadek skutkujący koniecznością przeprowadzenia operacji chirurgicznej miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej wystąpiła w okresie 18 miesięcy od zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) przeprowadzenie operacji chirurgicznej uzasadnione było z medycznego punktu widzenia;

- 4) pomiędzy koniecznością przeprowadzenia operacji chirurgicznej a nieszczęśliwym wypadkiem istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.

Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego dziecka sepsy

43. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 18, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że sepsa została zdiagnozowana przez lekarza w okresie ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego dziecka wady wrodzonej serca

44. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 19, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że wrodzona wada serca została zdiagnozowana przez lekarza po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego rolnika wskutek nieszczęśliwego wypadku

45. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
- 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć **Ubezpieczonego rolnika**, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć **Ubezpieczonego rolnika** nastąpiła w okresie 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią **Ubezpieczonego rolnika** istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które powstały wskutek (co oznacza istnienie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego):

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub aktach terroru;
- 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub świadomego samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez **Ubezpieczonego rolnika** czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
- 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) zatrucia alkoholem, środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, lub lekami na receptę nieprzepisanymi przez lekarza lub użytymi niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 7) kierowania pojazdem przez Ubezpieczonego bez wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 8) stanu technicznego prowadzonego przez Ubezpieczonego pojazdu w przypadku prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niezarejestrowanego lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, o ile stan techniczny pojazdu miał wpływ na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu wysokiego ryzyka;
- 10) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym, z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu; działań energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
- 11) chorób zdiagnozowanych przez lekarza lub będących w trakcie diagnostyki z powodu występowania objawów chorobowych u Ubezpieczonego – przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
- 12) czynnego udziału Ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg;
- 13)



- 14) jazdy rowerem po drogach publicznych przez Ubezpieczonego w wieku do 10 lat bez opieki osoby dorosłej;
- 15) zakażenia wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS).

Umowa § 6

1. Umowa zawierana jest na okres 12 miesięcy.
2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, Umowa ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu okresu trwania Umowy.
3. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy musi zostać doręczone drugiej stronie najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta.
4. Zasada, o której mowa w ust. 2 i 3, ma zastosowanie do kolejnych 12-miesięcznych okresów obowiązywania Umowy.
5. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu OWU.
6. Ubezpieczony może żądać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
7. Zawarcie Umowy Towarzystwo potwierdza poprzez wystawienie dokumentu ubezpieczenia.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową § 7

1. Ubezpieczeniem objęte będą wszystkie osoby posiadające status Ubezpieczonego zgodnie z niniejszymi OWU.
2. Ubezpieczony uprawniony jest do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Towarzystwa, chyba że strony uzgodniły inaczej. Jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł.

Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej § 8

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Umowie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego dziecka** wygasa:
 - 1) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego dziecka;
 - 3) z dniem ukończenia przez Ubezpieczone dziecko 16 roku życia;
 - 4) z ostatnim dniem rocznego okresu ubezpieczenia, w trakcie którego rodzice lub opiekuni prawni Ubezpieczonego dziecka (Ubezpieczeni rolnicy) utracili status ubezpieczonego lub zaprzestali pobierania świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego **Ubezpieczonego rolnika** wygasa:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego rolnika;
 - 2) z dniem utraty statusu Ubezpieczonego rolnika;
 - 3) z ostatnim dniem rocznego okresu ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczony rolnik utracił status ubezpieczonego lub zaprzestał pobierania świadczenia z ubezpieczenia społecznego rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - 1) z upływem terminu, na jaki Umowa została zawarta – jeżeli jedna ze stron złożyła oświadczenie, o którym mowa w § 6 ust. 2;
 - 2) na skutek odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego, zgodnie z ust. 5;
 - 3) na skutek wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego, zgodnie z ust. 6
 - 4) na skutek wypowiedzenia Umowy, zgodnie z § 9 ust. 6.
5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od daty jej zawarcia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

6. Umowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego, w każdym czasie, bez podania przyczyny, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwu złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.

Składka ubezpieczeniowa § 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę ubezpieczeniową z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową każdego z Ubezpieczonych w wysokości i terminach wskazanych w Umowie.
2. Składka w całości jest finansowana przez Ubezpieczającego, tym samym Ubezpieczeni, ich rodzice i opiekunowie nie finansują w żadnej części kosztu składki ubezpieczeniowej.
3. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej. Składkę ustala się na każdy roczny okres ubezpieczenia. W przypadku zmiany wysokości składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o proponowanej zmianie wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na 60 dni przed upływem terminu, na jaki Umowa została zawarta. Zmiana wysokości składki stanowi zmianę warunków Umowy i wymaga zgody Ubezpieczającego.
4. Wysokość składki uzależniona jest od okresu ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, która będzie udzielana Ubezpieczonym, liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową oraz sumy ubezpieczenia.
5. Składkę uważa się za przekazaną z dniem jej wpływu – w pełnej wysokości – na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, wskazany w Umowie.
6. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zaistnienia zdarzenia, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę.
7. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonym.

Suma ubezpieczenia § 10

1. Suma ubezpieczenia określana jest kwotowo w Umowie.
2. Suma Ubezpieczenia stanowi podstawę do wyliczenia wysokości świadczeń z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
3. Suma ubezpieczenia zostaje potwierdzona w dokumencie ubezpieczenia.

Uposażeni § 11

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazywania i zmiany Uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym w udziałach procentowych określonych przez Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym Uposażonym, proporcjonalnie do ich udziałów.
4. Jeżeli nie wskazano Uposażonych, wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie wypłacane jest spadkobiercom Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie przysługuje osobom, które umyślnie przyczyniły się do śmierci Ubezpieczonego.

Ustalanie świadczeń § 12

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustala wskazany przez Towarzystwo lekarz konsultant (orzecznik) w oparciu o dostarczoną przez Ubezpieczonego dokumentację medyczną na podstawie tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, która stanowi załącznik nr 1 do OWU.



5. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony na moment zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego), nie później jednak niż na koniec 18 miesiąca od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
3. Do następstw nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Jeżeli wskutek wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała, wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z tytułu trwałego uszkodzenia ciała równa jest sumie świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie większa jednak niż wysokość sumy ubezpieczenia ustalona w Umowie.
5. Jeżeli osoba, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarła przed ustaleniem stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a zgon nie był następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu określa wskazany przez Towarzystwo lekarz konsultant (orzecznik) na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
6. Podstawą wypłaty dziennego świadczenia szpitalnego z tytułu pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu wskutek leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków lub wskutek choroby jest karta informacyjna leczenia szpitalnego.
7. Koszty leczenia, w tym koszty rehabilitacji oraz koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, zwracane są do ustalonego w Umowie limitu na podstawie przedłożonych rachunków, faktur lub innych dowodów zapłaty.
8. Zwrot kosztów dojazdu do placówek medycznych i rehabilitacyjnych dokonywany jest pod warunkiem przedstawienia biletów lub faktur za przewóz osób. Termin dojazdów powinien wynikać z dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
9. Na zlecenie oraz na koszt Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniom przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy, niezbędnym do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń. Ponadto Towarzystwo może żądać złożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia Ubezpieczonego, jak również przedstawienia innych informacji niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia.
10. Niezależnie od świadczeń objętych Umową Towarzystwo zwraca niezbędne i udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w ust. 9.
11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów, a także prawo do zasięgnięcia opinii lekarzy specjalistów.

Wypłata świadczeń § 13

1. Przy obliczeniu wysokości świadczeń uwzględnia się zasady określone w niniejszych OWU oraz wysokość sumy ubezpieczenia, limitów odpowiedzialności obowiązujących w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie wskazanym w Umowie, jednak nie dłuższym niż 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
3. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 2, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem,

pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest dostarczenie Towarzystwu:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych przez Towarzystwo w formularzu wniosku dołączonym do Umowy lub zamieszczonym na stronie internetowej Towarzystwa lub w piśmie, o którym mowa w ust. 4;
 - 3) wyników badań, o których mowa w § 12 ust. 9.
6. W przypadku całkowitej odmowy lub odmowy wypłaty części świadczenia Towarzystwo informuje o tym pisemnie, wskazując okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczenia na drodze sądowej.

Reklamacje i spory § 14

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazaną w ust. 1.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazaną w ust. 1, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. 2017, poz. 1481 z późn. zm.);
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazaną w ust. 1;
 - 3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres poczt@agroubezpieczenia.pl.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek składającego reklamację Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - 1) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 2) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Towarzystwem mogą być również rozpatrywane w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym (adres internetowy: www.rf.gov.pl) – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. 2016, poz. 892 z późn. zm.).
8. 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 albo dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.



Postanowienia końcowe **§ 15**

1. Umowy zawierane na podstawie niniejszych OWU podlegają prawu polskiemu. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
2. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 19/2022 Zarządu AGRO Ubezpieczeń - Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 2 marca 2022 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 marca 2022 roku.