

Skorowidz do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „LOI PREMIUM”

Poniższa tabela informuje, które z postanowień zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „LOI PREMIUM” regulują zagadnienia wymienione w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Oznaczenie zapisu
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń:	§ 5 ust. 2, 3, 4 § 6 § 7 § 8 § 9 § 10 § 11 § 12 § 13 § 14 § 24 § 25 § 26 § 27 § 28
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§ 5 ust. 4 § 7 § 10 ust. 4 § 12 § 13 § 14 § 20 § 21 ust. 3 § 28 § 29

LLOYD'S

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
"LOI PREMIUM"**

LLOYD'S

Spis treści

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
ROZDZIAŁ II. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	4
ROZDZIAŁ III. CZASOWA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA UBEZPIECZONEGO ZAWODU ...	4
ROZDZIAŁ IV. TRWAŁA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA UBEZPIECZONEGO ZAWODU	6
ROZDZIAŁ V. WYŁĄCZENIA	7
ROZDZIAŁ VI. ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ PŁATNOŚĆ SKŁADKI.....	9
ROZDZIAŁ VII. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I LIKWIDACJA SZKÓD	10
ROZDZIAŁ VIII. REKLAMACJE	11
ROZDZIAŁ IX. DEFINICJE	12
ROZDZIAŁ X. KLAUZULE OPCJONALNE	14
Klauzula 1 Dienne świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.....	14
ROZDZIAŁ XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	14

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Strony Umowy ubezpieczenia

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do **Umów ubezpieczenia** zawartych przez **Ubezpieczającego** z określonym w **Polisie Ubezpieczycielem**, za pośrednictwem CEU Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa, zwanej dalej **CEU**.

CEU posiada uprawnienia coverholdera Lloyd's oraz działa w oparciu o pełnomocnictwo określonego w **Polisie Ubezpieczyciela**.

2. Zakres zezwolenia udzielonego **Ubezpieczycielowi** dostępny jest na stronie www.knf.gov.pl. Organem nadzorującym działalność **Ubezpieczyciela** na obszarze Belgii jest Narodowy Bank Belgii (NBB).
3. Weryfikacja statusu **CEU**, jako coverholdera Lloyd's możliwa jest poprzez skorzystanie z narzędzia zamieszczonego na stronie <http://www.lloyds.com/the-market/directories>.
4. Zakres posiadanych przez **CEU** pełnomocnictw można sprawdzić na stronie www.ceu.com.pl oraz u każdego przedstawiciela **CEU** uprawnionego do zawierania **Umów ubezpieczenia** w imieniu i na rzecz **Ubezpieczyciela**.
5. Wszelkie oświadczenia kierowane do **Ubezpieczyciela** w związku z **Umową ubezpieczenia** należy przysyłać listem poleconym lub dostarczać za potwierdzeniem odbioru na adres **CEU** wskazany w ust. 1.
6. Niniejsze OWU zostały umieszczone na stronie www.ceu.com.pl.

Zasady interpretacji Umowy ubezpieczenia

§ 2

1. **Umowa ubezpieczenia** oraz wszelkie dodatki i aneksy do niej powinny być traktowane, jak jeden dokument.
2. Pojęcia zapisane pogrubioną czcionką i rozpoczynające się z wielkiej litery, inne niż tytuły i śródtytuły, mają w odniesieniu do całej **Umowy ubezpieczenia** ściśle ustalone znaczenie, nadane im w Rozdziale IX (Definicje).
3. Wszelkie odniesienia do aktów prawnych odnoszą się do ich najbardziej aktualnej wersji.
4. Wszelkie pojęcia wyrażone w liczbie pojedynczej odnoszą się także do tych samych pojęć w liczbie mnogiej i vice versa.
5. Tytuły i śródtytuły poszczególnych części **Umowy ubezpieczenia** mają wyłącznie ułatwić posługiwanie się nimi i nie mogą wpływać na ich interpretację.

Właściwość jurysdykcji i prawa polskiego

§ 3

1. W sprawach nieuregulowanych w **Umowie ubezpieczenia** zastosowanie mają właściwe przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy polskiego prawa.
2. Jeżeli nie dojdzie do rozstrzygnięcia sporu na drodze polubownej, powództwo o roszczenia wynikające z **Umowy ubezpieczenia** można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub ich spadkobierców.
3. Prawem właściwym dla niniejszego **Ubezpieczenia** jest wyłącznie prawo i praktyki stosowane w Polsce, a wszelkie spory wynikające z niniejszej **Umowy ubezpieczenia** lub w związku z nią będą podlegać wyłącznie jurysdykcji każdego właściwego sądu w Polsce.
4. Wszystkie wezwania, zawiadomienia lub pisma procesowe wymagające doręczenia w celu wszczęcia postępowania sądowego przeciwko Lloyd's Insurance Company S.A. w związku z zawartą **Umową ubezpieczenia** mogą zostać doręczone poprzez zaadresowanie i dostarczenie do

Lloyd's Insurance Company SA
Bastion Tower
Marsveldplein 5
1050 Bruksela
Belgia

www.lloydseurope.com

E-mail: LloydsEurope.Info@lloyds.com

5. Postanowienia o doręczeniach pozwów i jurysdykcji nie będą interpretowane w sposób unieważniający przewidziane w innych postanowieniach niniejszych OWU obowiązków stron do rozstrzygania ich sporów, ani z nimi sprzeczny oraz, w wymaganym zakresie będą stosowane tak, aby spowodować wszczęcie odpowiedniego postępowania.

ROZDZIAŁ II. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Zdarzenia losowe

§ 4

1. Wybrane przez **Ubezpieczającego** zakresy ubezpieczenia określone są w **Polisie**.
2. **Umowa ubezpieczenia** może obejmować następujące zdarzenia losowe:
wynikające z **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania**:
 - a) czasową całkowitą niezdolność do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**,
 - b) czasową lub trwałą całkowitą niezdolność do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**.
3. Wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej może być rozszerzony o odpowiadające mu klauzule opcjonalne zawarte w Rozdziale X. Klauzule włączone do **Umowy ubezpieczenia** wymienione są w **Polisie**.
4. Wszelkie świadczenia z tytułu **Uszkodzenia ciała** lub **Zachorowania** pozostające w związku z:
 - a) korzystaniem lub brakiem możliwości korzystania z jakiegokolwiek aplikacji, oprogramowania lub programu, w odniesieniu do jakiegokolwiek urządzenia elektronicznego (komputer, smartfon, tablet lub inne urządzenie elektroniczne z dostępem do internetu),
 - b) jakimkolwiek wirusem komputerowym,
 - c) wszelkimi oszustwami komputerowymi w zakresie dotyczącym pkt a) oraz/lub pkt b)
 są objęte ochroną z zastrzeżeniem postanowień, warunków, ograniczeń i wyłączeń zawartych w niniejszych OWU.

Suma ubezpieczenia

§ 5

1. **Umowa ubezpieczenia** zawierana jest na podstawie ustnego lub pisemnego oświadczenia **Ubezpieczającego** o wysokości **Ubezpieczonego przychodu**, które nie jest przez **Ubezpieczyciela** weryfikowane przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia**.
2. Sumę ubezpieczenia dla poszczególnych świadczeń określa **Ubezpieczający** przyjmując do wiadomości, że:
 - 1) suma ubezpieczenia i maksymalne świadczenie jednorazowe z innego tytułu niż czasowa całkowita niezdolność do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** nie może przekroczyć kwoty stanowiącej 10-krotność **Ubezpieczonego przychodu** za okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie **Umowy ubezpieczenia**.
 - 2) suma ubezpieczenia i maksymalne świadczenie miesięczne z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** nie może przekroczyć 80% kwoty stanowiącej 1/12 **Ubezpieczonego przychodu** za okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie **Umowy ubezpieczenia**. Jeżeli **Ubezpieczony** wykonuje **Ubezpieczony zawód** krócej niż 12 miesięcy, w celu obliczenia maksymalnej sumy ubezpieczenia i maksymalnego świadczenia miesięcznego kwota przychodu uzyskana z tego tytułu przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia** zostaje uznana za przychód z 12 miesięcy.
3. Zawyżenie przez **Ubezpieczającego** sumy ubezpieczenia w stosunku do limitów określonych w ust. 2 pkt. 1) i 2) nie wywołuje skutków prawnych ani nie uprawnia **Ubezpieczającego** do otrzymania zwrotu jakiegokolwiek części zapłaconej składki.
4. W przypadku złożenia przez **Ubezpieczającego** nieprawdziwego oświadczenia skutkującego zawyżeniem przychodów o co najmniej 1 (jeden) tysiąc zł miesięcznie, w stosunku do przychodu miesięcznego rzeczywiście osiągniętego i udokumentowanego, wysokość świadczenia miesięcznego z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego Zawodu** podlegać będzie redukcji do wysokości 65% rzeczywiście uzyskiwanych przychodów miesięcznych. Redukcja, o której mowa w zdaniu poprzedzającym nie uprawnia **Ubezpieczającego** do otrzymania zwrotu jakiegokolwiek części zapłaconej składki.

ROZDZIAŁ III. CZASOWA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA UBEZPIECZONEGO ZAWODU

Zakres ochrony ubezpieczeniowej, warunki wypłaty świadczenia

§ 6

1. Świadczenie z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** przysługuje **Ubezpieczonemu**, jeżeli wskutek **Uszkodzenia ciała** lub **Zachorowania** (zgodnie z wariantem określonym w **Polisie**) **Ubezpieczony** stanie się całkowicie niezdolny do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, ale w świetle istniejącej wiedzy medycznej z dnia stwierdzenia całkowitej niezdolności będzie istniała szansa odzyskania przez **Ubezpiezonego** zdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**.
2. **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** po spełnieniu warunków:
 - 1) **Ubezpieczony** jest czasowo całkowicie niezdolny do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**,
 - 2) niezdolność ta wynika z **Nieszczęśliwego wypadku**, który wystąpił, albo **Zachorowania**, które ujawniło się w **Okresie ubezpieczenia** i istnieje nieprzerwanie przez cały **Okres oczekiwania**,
 - 3) niezdolność ta powstała nie później niż w okresie 2 lat bezpośrednio po **Nieszczęśliwym wypadku** lub **Zachorowaniu**,
 - 4) **Ubezpieczony** pozostaje pod regularną opieką lekarza będąc właściwie leczonym na dolegliwość powodującą niezdolność do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** przez cały czas trwania czasowej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**. Potwierdzeniem powyższego jest dokumentacja medyczna (wyniki przeprowadzonych badań lekarskich, potwierdzenia konsultacji lekarskich, itp.), obejmująca cały okres trwania niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**.

Wyłączenie stanów psychicznych, lękowych i zmęczeniuowych

§ 7

Świadczenie z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** nie przysługuje, jeżeli jej przyczyną była depresja, neuroza, psychoneuroza, psychopatia lub psychoza, stany lękowe, stres, przemęczenie, choroby umysłowe lub rozstrój emocjonalny jakiegokolwiek typu.

Początek i koniec Okresu świadczeń

§ 8

1. **Okres świadczeń** rozpoczyna się, a **Ubezpieczony** nabywa uprawnienie do świadczenia z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** od dnia następnego po upływie **Okresu oczekiwania**, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) jeżeli **Ubezpieczony** był hospitalizowany nieprzerwanie przez okres równy lub dłuższy niż wybrany przez niego **Okres oczekiwania**, wówczas **Okres oczekiwania** zostaje uchylony.
2. Uprawnienie do świadczenia z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** ustaje z chwilą:
 - 1) upływu maksymalnego **Okresu świadczeń** określonego w **Polisie**,
 - 2) śmierci **Ubezpiezonego**,
 - 3) gdy stan **Ubezpiezonego** przestanie spełniać definicję czasowej całkowitej niezdolności do pracy określoną w § 6,
 - 4) gdy **Ubezpieczony** powróci do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, w tym także jeżeli zaksięguje jakąkolwiek kwotę **Ubezpiezonego przychodu**,
 - 5) gdy **Ubezpieczony** przestanie być pod regularną opieką lekarza,
 - 6) wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty świadczenia lub świadczeń;
 cokolwiek nastąpi wcześniej.
3. **Świadczenie** z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, w tym samym okresie może być wypłacane wyłącznie z tytułu jednej przyczyny tej niezdolności – **Nieszczęśliwego wypadku** albo **Zachorowania**.

Kwota i termin wypłaty świadczenia

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4 świadczenie z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** wypłacane jest w kwocie określonej w **Umowie ubezpieczenia** za każdy miesiąc kalendarzowy. Do obliczenia kwoty świadczenia stosuje się postanowienia §§ 5 i 6.

2. Świadczenie z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** wypłacane jest co miesiąc z dołu, do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego bezpośrednio po miesiącu, za który świadczenie jest należne, po weryfikacji dokumentów dostarczonych przez **Ubezpiezonego** w celu, o którym mowa w ust. 1 oraz w § 5 ust. 2 pkt. 2).
3. W żadnym przypadku kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć 80% kwoty stanowiącej 1/12 **Ubezpiezonego przychodu** za okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie **Umowy ubezpieczenia**.
4. Wysokość świadczenia za okres krótszy niż miesiąc zostanie obliczona proporcjonalnie do świadczenia z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** określonego w **Polisie** według stawki dziennej w wysokości 1/30 tego świadczenia.

Zakaz wykonywania Ubezpiezonego zawodu w Okresie świadczeń oraz dokumentacja medyczna i druk „ZUS ZLA”

§ 10

1. **Ubezpieczony** zobligowany jest do powstrzymania się od wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** w **Okresie świadczeń**, w tym również osiągnięcia jakichkolwiek kwot **Ubezpiezonego przychodu**.
2. **Ubezpieczony** obowiązany jest udokumentować czasową całkowitą lub trwałą niezdolność do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** dokumentacją medyczną oraz zaświadczeniem urzędowym wystawianym przez lekarza prowadzącego w celu usprawiedliwienia nieobecności pracownika w pracy z powodu niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA, dawniej L-4). **Ubezpieczony**, który nie jest uprawniony do otrzymania druku ZUS ZLA, dokumentującego czasową lub trwałą niezdolność do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, zobowiązany jest udokumentować powyższy stan dokumentacją medyczną oraz zaświadczeniem o stanie zdrowia **Ubezpiezonego**, wystawionym przez lekarza prowadzącego.
3. W sytuacji, gdy dostarczona przez **Ubezpiezonego** dokumentacja medyczna i zaświadczenia, o których mowa w ust. 2, nie będą wystarczające przy ustalaniu czasowej całkowitej lub trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**; zastosowanie będą miały postanowienia § 21, zgodnie z którymi może się okazać, iż powołana przez **Ubezpieczyciela** komisja lekarska orzeknie, że **Ubezpieczony** nie jest całkowicie niezdolny do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, mimo przedstawienia zaświadczenia, o którym mowa w ust. 2.
4. Niedostarczenie **Ubezpieczycielowi** dokumentacji oraz zaświadczenia, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, może skutkować odmową wypłaty świadczenia z **Umowy ubezpieczenia**.

ROZDZIAŁ IV. TRWAŁA CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO WYKONYWANIA UBEZPIECZONEGO ZAWODU

Zakres ochrony ubezpieczeniowej, warunki wypłaty świadczenia

§ 11

1. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** przysługuje **Ubezpieczonemu**, jeżeli zgodnie z orzeczeniem lekarza **Ubezpieczony** wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania** jest trwale całkowicie niezdolny do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, tj. znajduje się w ciągłym stanie zdrowotnym o niemożliwym do zdefiniowania okresie trwania i nie rokującym nadziei na odzyskanie przez **Ubezpiezonego** zdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**.
2. Świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone po wypłacie **Ubezpieczonemu** wszystkich należnych świadczeń z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**, nawet jeżeli w **Okresie oczekiwania** lub **Okresie świadczeń** zostanie orzeczona całkowita trwała niezdolność do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**. Powyższe dot. **Umów ubezpieczenia** obejmujących łącznie zakres czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** i zakres trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**. Postanowienia § 8 ust. 2 pkt 3 nie stosuje się.
3. **Ubezpieczyciel** wypłaci świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** po spełnieniu warunków:
 - 1) **Ubezpieczony** jest trwale całkowicie niezdolny do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu** wskutek **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania**,
 - 2) niezdolność ta wynika z **Nieszczęśliwego wypadku**, który wystąpił, albo **Zachorowania**, które ujawniło się w **Okresie ubezpieczenia**,

- 3) niezdolność ta powstała nie później niż w okresie 3 lat bezpośrednio po **Nieszczęśliwym wypadku** lub **Zachorowaniu**,
- 4) nie wystąpiła żadna z przesłanek określonych w § 8 ust. 2, z wyjątkiem upływu maksymalnego **Okresu świadczeń**,
- 5) **Ubezpieczony** żyje w chwili, w której świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** stało się należne.
4. Dodatkowym warunkiem wypłaty świadczenia z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** jest pisemne zobowiązanie **Ubezpieczonego** do zwrotu **Ubezpieczycielowi** wypłaconego świadczenia, jeżeli **Ubezpieczony** podejmie pracę w **Ubezpieczonym zawodzie** po wypłacie świadczenia.
5. Świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** stanie się należne z chwilą łącznego spełnienia wszystkich warunków określonych w ust. 1-4 oraz wypłacane jest w kwocie obliczonej zgodnie z postanowieniami §§ 5 i 6.

Wyłączenie stanów psychicznych, lękowych i zmęczenia

§ 12

Świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** nie przysługuje, jeżeli jej przyczyną była depresja, neuroza, psychoneuroza, psychopatia lub psychoza, stany lękowe, stres, przemęczenie, choroby umysłowe lub rozstrój emocjonalny jakiegokolwiek typu.

ROZDZIAŁ V. WYŁĄCZENIA

Wyłączenia bezwzględne

§ 13

Niezależnie od wyłączeń zawartych w §§ 7 i 12 **Umowa ubezpieczenia** zawarta na podstawie niniejszych OWU nie pokrywa roszczeń w zakresie, w jakim wynikają one z którejkolwiek z poniższych okoliczności:

1. **Zachorowania** (w tym choroby przewlekłe) lub **Schorzenia** które w okresie 24 miesięcy przed zawarciem **Umowy ubezpieczenia** zostały rozpoznane u **Ubezpieczonego** lub były przedmiotem porady medycznej lub leczenia pod nadzorem lekarza w związku z objawami występującymi u **Ubezpieczonego**,
2. wykonywania przez **Ubezpieczonego** jakichkolwiek czynności zawodowych (w ramach **Ubezpieczonego** zawodu albo poza jego zakresem) na morzu, pod wodą, pod ziemią, na wysokości powyżej 2 metrów nad poziomem gruntu na zewnątrz budynku, w służbach ratowniczych albo w charakterze członka załogi statku powietrznego,
3. samobójstwa, jego usiłowania, celowego samookaleczenia lub stanu niepoczytalności **Ubezpieczonego**,
4. przestępstwa umyślnie popełnionego przez **Ubezpieczonego** lub usiłowania jego popełnienia,
5. pozostawania **Ubezpieczonego** pod wpływem alkoholu w stężeniu wyższym niż 0,5 promila lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu, chyba że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami lekarza, niebędącego osobą spokrewnioną z **Ubezpieczonym**, jego powinowatym, ani osobą spokrewnioną lub powinowatą z takimi osobami,
6. służby w formacjach zbrojnych, albo zaangażowania lub udziału **Ubezpieczonego** w działaniach sił zbrojnych lub ich operacjach,
7. ciąży lub porodu,
8. czynnego udziału **Ubezpieczonego** w wyścigach lub rajdach pojazdów mechanicznych, niezależnie od ich rodzaju, w tym również treningów do wyścigów lub rajdów,
9. sportu uprawianego zawodowo lub zarobkowo przez **Ubezpieczonego**,
10. **Wojny**,
11. **Aktu terrorystycznego** pociągającego za sobą użycie, zamysł użycia lub groźbę użycia jakiejkolwiek broni nuklearnej, urządzenia lub środka chemicznego albo biologicznego,
12. reakcji jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub skażenia radioaktywnego.

Wyłączenia niebezpiecznych aktywności

§ 14

O ile w **Polisie** jednoznacznie nie potwierdzono ochrony ubezpieczeniowej dla danej aktywności, **Umowa ubezpieczenia** zawarta na podstawie niniejszych OWU nie pokrywa roszczeń w zakresie, w jakim wynikają one z którejkolwiek z poniższych **Niebezpiecznych aktywności uprawianych przez Ubezpieczonego**:

aktywności powietrzne:

1. **podróż lotnicza** w charakterze innym niż pasażer,
2. BASE jumping,
3. skoki na bungee,
4. szybownictwo,
5. lotniarstwo,
6. chodzenie po linie,
7. skoki narciarskie,
8. skoki spadochronowe,
9. sky surfing,
10. sky flying,

aktywności lądowe:

1. jazda na deskorolce,
2. jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczoną trasą albo stylem dowolnym (free-style),
3. jazda na snowboardzie w snow-parku,
4. jazda skuterem śnieżnym,
5. jazda terenowa na quadzie,
6. jazda na motocyklu o pojemności powyżej 125 cm³ w charakterze kierującego, za wyjątkiem jazdy w ramach zawodu wskazanego w umowie ubezpieczenia,
7. jazda na desce po piasku (sand boarding),
8. jazda wyczynowa na rolkach,
9. jazda konna wyczynowa, uczestnictwo w zawodach hippicznych,
10. bouldering (wspinaczka bez asekuracji),
11. wspinaczka górską,
12. wędrówki po jaskiniach lub grotach,
13. rajdy przygodowe,
14. BMX,
15. motocross,
16. żeglowanie po łodzi lub na łodzi,
17. kolarstwo górskie,
18. speed biking,
19. speed skiing (nartiarstwo szybkie),
20. scootering (ewolucje wykonywane na hulajnodze) oraz street luge,
21. łowiectwo z użyciem broni palnej

aktywności wodne:

1. pływanie na otwartym morzu (ponad 200 m od brzegu),
2. jazda na skuterze wodnym,
3. surfing,
4. windsurfing na otwartym morzu (ponad 200 m od brzegu),
5. kitesurfing,
6. nurkowanie z akwalungiem (przekraczające głębokość 30 m),
7. nurkowanie bez akwalungu na zatrzymanym oddechu (free-diving),

8. nurkowanie na dużych głębokościach (deep water diving),
9. wyścigi łodziami motorowymi (powerboat racing),
10. narciarstwo wodne na bosych stopach (barefoot water skiing),
11. skoki do wody ze skał (cliff diving),
12. wyścigi jachtami dookoła świata,
13. żeglarstwo szybkie (speed sailing),
14. wakeboarding,
15. kajakarstwo górskie.

ROZDZIAŁ VI. ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ PŁATNOŚĆ SKŁADKI

Deklaracja ryzyka przez Ubezpieczającego

§ 15

1. **Umowę ubezpieczenia** zawiera się w oparciu o ustne lub pisemne oświadczenia **Ubezpieczającego**.
2. **Ubezpieczający** obowiązany jest podać do wiadomości **Ubezpieczyciela** wszystkie znane sobie okoliczności, o które **Ubezpieczyciel** zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli **Ubezpieczający** zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez **Ubezpieczyciela Umowy ubezpieczenia** mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do ich naruszenia doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, w szczególności zatajonego przez **Ubezpieczającego** nadzwyczajnego ryzyka związanego z **Ubezpieczonym zawodem**, 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 ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym.
5. W czasie trwania **Umowy ubezpieczenia** **Ubezpieczający** zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2, **Ubezpieczający** zobowiązany jest poinformować o tych zmianach **Ubezpieczyciela** niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
6. W przypadku, gdy **Umowa ubezpieczenia** jest zawarta na cudzy rachunek, **Ubezpieczający** zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do **Umowy ubezpieczenia** informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tą osobę do **Umowy ubezpieczenia** na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do **Umowy ubezpieczenia** wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Jednorazowa lub ratalna płatność składki i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej

§ 16

1. Składka może być opłacona jednorazowo, albo w 2, 4 lub 12 równych ratach.
2. W przypadku płatności ratalnej stosowana jest zwyczajka za ratalny schemat płatności składki. Terminy zapłaty oraz wysokość poszczególnych rat składki określa **Umowa ubezpieczenia**.
3. Za zapłatę składki lub jej raty uznaje się zapłatę pełnej kwoty składki lub jej raty ustalonej w **Umowie ubezpieczenia**.
4. Za dzień zapłaty składki lub jej raty uważa się datę uznania rachunku bankowego wskazanego w **Polisie**.

§ 17

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, jednak nie wcześniej niż od dnia określonego, jako początek **Okresu ubezpieczenia**.
2. Składka lub jej pierwsza rata powinna być opłacona przed dniem określonym w **Umowie ubezpieczenia** jako początek **Okresu ubezpieczenia**.

3. Brak zapłaty składki lub jej pierwszej raty w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia** skutkuje brakiem ochrony ubezpieczeniowej, ale uprawnia **Ubezpieczyciela** do wezwania **Ubezpieczającego** do zapłaty składki lub jej pierwszej raty oraz wyznaczenia mu dodatkowego 7-dniowego terminu na dokonanie płatności. Jeżeli składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty, **Umowę ubezpieczenia** uważa się za niezawartą, a ochronę ubezpieczeniową – za nieistniejącą.
4. Brak zapłaty kolejnej raty składki w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia** uprawnia **Ubezpieczyciela** do wezwania **Ubezpieczającego** do zapłaty kolejnej raty składki oraz wyznaczenia mu dodatkowego 7-dniowego terminu na dokonanie płatności. Brak zapłaty kolejnej raty składki w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu do zapłaty skutkuje ustaniem odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** z dniem wskazanym w tym wezwaniu.

Prawo Ubezpieczającego do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenia

§ 18

1. Jeżeli **Umowa ubezpieczenia** jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** w terminie 30 dni, a w przypadku gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy **Ubezpieczyciel** nie poinformował **Ubezpieczającego** będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym **Ubezpieczający** będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
2. **Ubezpieczający** ma prawo do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** w każdej chwili ze skutkiem natychmiastowym oraz zwrotu składki za niewykorzystaną część **Okresu ubezpieczenia**.
3. W każdym przypadku rozwiązania **Umowy ubezpieczenia** przed terminem **Ubezpieczyciel** ma prawo dochodzić zapłaty składki za okres rzeczywiście udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, z dokładnością do 1 dnia.

ROZDZIAŁ VII. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I LIKWIDACJA SZKÓD

Zgłaszanie roszczeń

§ 19

1. Osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek wskazania świadczenia, z którego chce skorzystać. **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** w każdym czasie mają prawo do zmiany kwalifikacji roszczenia, również po wypłacie świadczenia – w zależności od tego, co okaże się dla nich korzystniejsze.
2. Zawiadomienie o zajściu **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania**, które spowodowały lub mogą spowodować czasową lub trwałą całkowitą niezdolność do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**, powinno być złożone bez zbędnej zwłoki, a **Ubezpieczony** powinien możliwie najszybciej oddać się pod opiekę lekarza właściwej specjalności.
3. Likwidacja szkód z **Umów ubezpieczenia** została powierzona firmie WAGAS S.A., która posiada uprawnienia do likwidacji szkód w imieniu Lloyd's Insurance Company S.A. w Brukseli i działa w oparciu o pełnomocnictwo określonego w **Polisie Ubezpieczyciela**. Zawiadomienia o zdarzeniach mogących skutkować roszczeniem, formalne zgłoszenie roszczenia oraz wszelką korespondencję związaną z ustaleniem zasadności oraz wysokości świadczenia należy kierować do **Ubezpieczyciela** za pośrednictwem:

WAGAS S.A.

ul. Rydygiera 15, 01-793 Warszawa

Tel.: +48 22 270 39 24

Email: ceuszkody@wagas.pl

Dokumenty niezbędne do likwidacji szkód

§ 20

1. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o szkodzie **Ubezpieczyciel** informuje **Ubezpieczonego**, **Ubezpieczającego** o sposobie likwidacji szkody oraz dokumentach wymaganych przez **Ubezpieczyciela**, w celu ustalenia zasadności roszczenia oraz wysokości ewentualnych świadczeń.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest udostępnienie na żądanie **Ubezpieczyciela** przez **Ubezpieczonego** lub **Ubezpieczającego** na ich własny koszt:
 - 1) ewidencji prowadzonej na podstawie **Ustawy Podatkowej** lub przepisów wykonawczych do niej, w szczególności: dokumentów księgowych, podsumowań miesięcznych przychodów w księdze przychodów i rozchodów z rozbiem na

rodzaje działalności zgodnie z definicją **Ubezpiezonego zawodu**, zeznań podatkowych PIT, kopii faktur, raportów kasy fiskalnej lub innych dokumentów potwierdzających, dokumentujących sprzedaż itd.),

- 2) dokumentacji medycznej,
- 3) oświadczeń, korespondencji lub innych dokumentów związanych z przedmiotem roszczenia, których zażądał **Ubezpieczyciel**.
3. Wymagane przez **Ubezpieczyciela** dokumenty dostarczane są w języku polskim.
4. Niedostarczenie **Ubezpieczycielowi** żądanych przez niego dokumentów może skutkować odmową wypłaty świadczenia z **Umowy ubezpieczenia**.
5. **Ubezpieczyciel** obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia od **Ubezpieczającego**, **Ubezpiezonego**. Zgłoszenie roszczenia oznacza dzień, w którym **Ubezpieczający**, **Ubezpieczony** dostarczyli **Ubezpieczycielowi** ostatni z dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 2.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności **Ubezpieczyciela** albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 5, **Ubezpieczyciel** zawiadomi na piśmie zgłaszającego roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczenia w całości lub w części. W takim przypadku świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia **Ubezpieczyciel** obowiązany jest spełnić w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
7. Jeżeli świadczenie **Ubezpieczonemu** nie przysługuje albo przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, **Ubezpieczyciel** informuje o tym na piśmie **Ubezpiezonego** wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
8. W żadnym wypadku roszczenie przeciwko **Ubezpieczycielowi** nie może być zgłoszone po upływie okresu przedawnienia, który, co do zasady, wynosi 3 lata od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.

Badania i komisje lekarskie

§ 21

1. **Ubezpieczony** zobowiązuje się umożliwić **Ubezpieczycielowi** przeprowadzenie na koszt **Ubezpieczyciela** badań tak często, jak to będzie konieczne w celu zweryfikowania roszczenia.
2. **Ubezpieczyciel** może w każdym czasie zorganizować na koszt **Ubezpieczyciela** komisję lekarską (jedno lub wieloosobową), która orzeknie o prawie **Ubezpiezonego** do uzyskania świadczenia z **Umowy ubezpieczenia**, w szczególności z tytułu czasowej całkowitej niezdolności **Ubezpiezonego** do wykonywania **Ubezpiezonego zawodu**.
3. **Ubezpieczony** ma prawo wniesienia skargi, odwołania lub reklamacji na orzeczenie komisji lekarskiej w trybie określonym w § 22.
4. Niestawienie się **Ubezpiezonego** na badania lub przed komisję lekarską może skutkować odmową wypłaty świadczenia z **Umowy ubezpieczenia**.

ROZDZIAŁ VIII. REKLAMACJE

§ 22

Tryb rozpatrywania reklamacji

1. **Ubezpieczającemu**, **Ubezpieczonemu** przysługuje prawo do zgłaszania **Ubezpieczycielowi** reklamacji (skarg i zażaleń) na zaniebdania lub nienależyte wykonywanie obowiązków przez osoby lub jednostki działające w imieniu i na rzecz **Ubezpieczyciela**.
2. Każda reklamacja powinna być w pierwszej kolejności przekazana do **Ubezpieczyciela** za pośrednictwem CEU. Reklamacja może być złożona:
 - a) pisemnie na adres CEU sp. z o.o., ul. Bonifraterska 17, 00-203 Warszawa
 - b) telefonicznie pod numerem 22 332 58 99 albo osobiście do protokołu w siedzibie CEU
 - c) elektronicznie na adres reklamacje@ceu.com.pl.
3. **Ubezpieczyciel** albo CEU, które zostało wyznaczone do rozpatrzenia reklamacji w jego imieniu, podejmie kroki w celu przesłania osobie składającej reklamację listem poleconym decyzji podjętej w kwestii reklamacji, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania reklamacji. Decyzja ta może zostać przesłana osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną, jeżeli złożyła ona taki wniosek i podała swój adres e-mail.

4. Jeżeli **Ubezpieczyciel** albo CEU, które zostało wyznaczone do rozpatrzenia reklamacji w jego imieniu, nie będzie w stanie doręczyć osobie składającej reklamację decyzji w terminie 30 dni, ponieważ sprawa jest skomplikowana, skontaktuje się z tą osobą. **Ubezpieczyciel** albo CEU wyznaczone do rozpatrzenia reklamacji w jego imieniu, wyjaśni osobie składającej reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać wyjaśnione, aby rozstrzygnąć sprawę i wyznaczy spodziewaną datę udzielenia odpowiedzi, która nie będzie późniejsza niż 60 dni od otrzymania reklamacji.
5. Jeżeli osoba składająca reklamację nie będzie usatysfakcjonowana ostateczną odpowiedzią uzyskaną od określonego wyżej podmiotu, albo jeżeli nie otrzyma ona ostatecznej odpowiedzi w wyżej wskazanym terminie, możliwe jest skierowanie reklamacji do Rzecznika Finansowego:
 Biuro Rzecznika Finansowego
 Ul. Nowogrodzka 47a
 00-695 Warszawa
 Polska
 Tel. +48 22 333 73 26/27
 Fax +48 22 333 73 29
 E-mail: biuro@rf.gov.pl
6. Opisany wyżej tryb rozpatrywania reklamacji nie ogranicza ani w żaden sposób nie wpływa na uprawnienia **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** wynikających z przepisów prawa.

ROZDZIAŁ IX. DEFINICJE

§ 23

Stosowane w niniejszych OWU określenia oznaczają:

1. **Akt terrorystyczny** – użycie przemocy lub groźby jej użycia przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób, działającą samodzielnie, w ramach lub w powiązaniu z organizacją (organizacjami) albo rządem (rządami), podjęty w celach lub z powodów politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, włączając zamiar wpłynięcia na jakikolwiek rząd lub zastraszenia społeczeństwa albo jakiejkolwiek jego części.
2. **Niebezpieczna aktywność** – sport lub aktywność sportowa wymagająca ponadprzeciętnych umiejętności, sprawności, odwagi lub działania w warunkach zwiększonego ryzyka lub zagrożenia życia. Listę niebezpiecznych aktywności określa § 14 niniejszych OWU.
3. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli **Ubezpieczonego**, nagłe i niespodziewane zdarzenie losowe mające przyczynę zewnętrzną, zachodzące w możliwym do zidentyfikowania czasie i miejscu w **Okresie ubezpieczenia**, w tym także wypadek środka transportu, którym **Ubezpieczony** podróżuje. Za **Nieszczęśliwy wypadek** nie uważa się zawału, wylewu krwi, udaru, zatrucia oraz wszelkich innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).
4. **Okres oczekiwania** – wyrażony w dniach okres rozpoczynający się od dnia wystąpienia czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**, w którym nie są należne świadczenia z tego tytułu. Dla **Umowy ubezpieczenia** obejmującej przychód z tytułu umowy o pracę **Okres oczekiwania** wynosi 180 dni. Odrębny **Okres oczekiwania** obowiązuje w przypadku wystąpienia każdej nowej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**, nawet wynikającej z tego samego **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania**.
5. **Okres świadczeń** – okres wypłaty świadczeń z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**, który pozostał po odliczeniu **Okresu oczekiwania** i następujący bezpośrednio po upływie **Okresu oczekiwania**, a kończący się w sytuacjach określonych w § 8 ust. 2; maksymalny **Okres świadczeń** określony jest w **Polisie** i nie może przekraczać 36 miesięcy.
6. **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki została zawarta **Umowa ubezpieczenia**, wskazany w **Polisie**.
7. **Podróż lotnicza** – wchodzenie na pokład statku powietrznego lub przebywanie na jego pokładzie w celu odbycia podróży powietrznej, albo opuszczanie go przed lub po takiej podróży, w tym również skoki spadochronowe, loty balonem, paralotnią, lotnią i motolotnią, o ile nie włączono ich do zakresu ubezpieczenia zgodnie z § 14.
8. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie **Umowy ubezpieczenia**, do którego załącznik stanowią niniejsze OWU.
9. **Schorzenie** – nieprawidłowe funkcjonowanie któregośkolwiek narządu lub organu, które ujawnia się w dacie wskazanej w dokumentacji medycznej w **Okresie ubezpieczenia**.
10. **Ubezpieczający** – określoną w **Polisie** osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną, zawierającą z **Ubezpieczycielem** **Umowę ubezpieczenia** na podstawie niniejszych OWU.
11. **Ubezpieczony** – określoną w **Polisie** osobę fizyczną objętą ochroną ubezpieczeniową, przy czym w zakresie czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** **Ubezpieczonym** może być wyłącznie osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, w tym kontraktu menedżerskiego, powołana w drodze

uchwały właściwego organu do pełnienia funkcji w organach spółki kapitałowej albo prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą na podstawie podatkowej księgi przychodów i rozchodów lub ewidencji przychodów i nie zatrudniająca innych osób, chyba że osoba zatrudniona przez **Ubezpieczonego** nie generuje przychodu na rzecz **Ubezpieczonego** oraz nie przejmuje obowiązków **Ubezpieczonego** w przypadku jego niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego Zawodu**.

12. Ubezpieczony przychód – uzyskany przez **Ubezpieczonego** z tytułu wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**:

- 1) w przypadku **Ubezpieczonego** zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, kontraktu menedżerskiego, powołanego w drodze uchwały właściwego organu do pełnienia funkcji w organach spółki kapitałowej, a także wykonującego usługi medyczne (w tym pielęgniarские, dentystyczne, protetyczne, optyczne i fizjoterapeutyczne), weterynaryjne, fryzjerskie, kosmetyczne i jakiegokolwiek usługi niematerialne (prawnicze, rachunkowe, doradcze, informatyczne, szkoleniowe, projektowe, pośrednictwo etc.) – łączny udokumentowany przychód w rozumieniu przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (z wyłączeniem postanowień dotyczących karty podatkowej), zależnie, która z tych ustaw ma zastosowanie do **Ubezpieczonego** w danym okresie,
- 2) w przypadku **Ubezpieczonego** prowadzącego działalność handlową, produkcyjną lub wykonującego usługi materialne (budowlane, remontowe, naprawcze, instalacyjne, transportowe etc.) – łączny udokumentowany przychód w rozumieniu przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (z wyłączeniem postanowień dotyczących karty podatkowej), zależnie, która z tych ustaw ma zastosowanie do **Ubezpieczonego** w danym okresie, pomniejszony o koszty zakupu towarów przeznaczonych do odsprzedaży, materiałów i części oraz wynagrodzenia podwykonawców;

w każdym przypadku pomniejszony o:

- a) przychód **Ubezpieczonego**, którego uzyskanie nie wymaga jego osobistego, stałego zaangażowania, w szczególności wypracowany przez osobę zatrudnioną przez **Ubezpieczonego** lub będącą jego wspólnikiem albo podwykonawcą,
 - b) wartość podatku od towarów i usług (VAT),
 - c) przychód z tytułu wynajmu (lub umowy podobnej) rzeczy lub nieruchomości,
 - d) tantiemy lub wynagrodzenia z tytułu przeniesienia albo udostępnienia uzyskanych praw autorskich lub innych praw własności intelektualnej,
 - e) przychód z tytułu inwestowania własnego kapitału.
- 13. Ubezpieczony zawód** – zawód określony w **Polisie** objęty ubezpieczeniem w zakresie czasowej lub trwałej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**, przy czym jeżeli **Ubezpieczony** wykonuje ten sam zawód na różnych podstawach prawnych, w tym na podstawie umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, **Ubezpieczony przychód** uzyskany przez **Ubezpieczonego** z tytułu takiej umowy musi być objęty odrębną **Umową ubezpieczenia** dla umowy o pracę i odrębną **Umową ubezpieczenia** dla umowy cywilnoprawnej.

14. Ubezpieczyciel – określony w **Polisie** Lloyd's Insurance Company S.A. w Belgii.

15. Umowa ubezpieczenia:

- a) niniejsze OWU, harmonogram płatności rat, **Polisę**, jakiegokolwiek inne wymienione w **Polisie** dokumenty oraz wszystkie załączniki i aneksy do tych dokumentów,
 - b) stosunek prawny szczegółowo uregulowany w dokumentach wymienionych w lit. a) powyżej.
- 16. Uprawianie Niebezpiecznej Aktywności** – uprawianie **Niebezpiecznej aktywności** polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, w zawodach sportowych, jak również uczestniczeniu w obozach sportowych, obozach kondycyjnych; w celu doskonalenia umiejętności i nauki w danej **Niebezpiecznej aktywności**. Rozumie się przez to także jednorazowe lub regularne uprawianie lub uczestnictwo w **Niebezpiecznej aktywności**.
- 17. Ustawa Podatkowa** – ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawa o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (z wyłączeniem postanowień dotyczących karty podatkowej), zależnie która z tych ustaw ma zastosowanie do **Ubezpieczonego** w danym momencie.
- 18. Uszkodzenie ciała** – możliwe do zidentyfikowania uszkodzenie ciała, które wyłącznie i niezależnie od innych przyczyn, z wyjątkiem chorób będących bezpośrednim następstwem **Nieszczęśliwego wypadku** oraz zabiegów leczniczych lub chirurgicznych wymuszonych takim zdarzeniem, powoduje czasową lub trwałą całkowitą niezdolność do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu**.

Określenie **Uszkodzenie ciała** obejmuje także uszkodzenia ciała wynikające z głodu, pragnienia lub narażenia **Ubezpieczonego** na działanie środowiska naturalnego, spowodowane **Nieszczęśliwym wypadkiem**, który miał miejsce w **Okresie ubezpieczenia**.

19. **Wojna** – wojnę, inwazję, działania wroga zewnętrznego, działania wojenne lub do nich zbliżone (bez względu na to, czy wypowiedziano wojnę), wojnę domową, rebelię, rewolucję, powstanie, rozruchy wśród ludności cywilnej na skalę powstania narodowego, władzę wojskową lub uzurpowaną, albo stan wojenny.
20. **Zachorowanie** – chorobę lub schorzenie **Ubezpieczonego**, które ujawnia się w dacie wskazanej w dokumentacji medycznej w **Okresie ubezpieczenia**.

ROZDZIAŁ X. KLAUZULE OPCJONALNE

§ 24

Za opłatą dodatkowej składki zakres ochrony ubezpieczeniowej może być rozszerzony poprzez włączenie do **Umowy ubezpieczenia** klauzuli wymienionej w niniejszym paragrafie. Włączone do zakresu ubezpieczenia klauzule wymienione są w **Polisie**.

Klauzula 1 Dienne świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu

Z zachowaniem pozostałych postanowień OWU uzgodniono, iż jeżeli w wyniku **Nieszczęśliwego wypadku** lub **Zachorowania Ubezpieczonego** przebywał w szpitalu jako pacjent hospitalizowany, **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** świadczenie w kwocie wskazanej w **Polisie**. Świadczenie będzie płatne począwszy od 5go dnia pobytu w szpitalu i nie dłużej niż przez 30 dni.

ROZDZIAŁ XI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Podatek od świadczenia z Umowy ubezpieczenia

§ 25

Na dzień zawarcia **Umowy ubezpieczenia** na podstawie niniejszych OWU świadczenia otrzymywane przez osoby fizyczne z tytułu **Umowy ubezpieczenia** nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych, natomiast świadczenia otrzymywane przez osoby prawne z tytułu **Umowy ubezpieczenia** podlegają opodatkowaniu na zasadach określonych w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych.

Przeniesienie praw lub obowiązków z Umowy ubezpieczenia

§ 26

1. Przeniesienie praw lub obowiązków z tytułu **Umowy ubezpieczenia** lub jakiegokolwiek roszczenia z niej wynikającego nie będzie skuteczne w stosunku do **Ubezpieczyciela**, chyba że zostanie ono dokonane za jego zgodą, na piśmie i doręczone **Ubezpieczycielowi** przed zaspokojeniem roszczenia.
2. **Ubezpieczyciel** nie ponosi odpowiedzialności za ważność jakiegokolwiek przeniesienia takich praw lub obowiązków.

Regres ubezpieczeniowy

§ 27

Z dniem wypłaty odszkodowania z tytułu czasowej całkowitej niezdolności do wykonywania **Ubezpieczonego zawodu** roszczenie **Ubezpieczonego** przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na **Ubezpieczyciela** do wysokości wypłaconego odszkodowania.

Obowiązek zwrotu wyłudzonych świadczeń

§ 28

Jeżeli jakiegokolwiek roszczenie stanowić będzie próbę wyłudzenia świadczenia przez **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub jakąkolwiek inną osobę działającą w ich imieniu w celu osiągnięcia korzyści z tytułu **Umowy ubezpieczenia**, wszystkie kwoty uzyskane w wyniku takiego bezprawnego działania będą podlegać zwrotowi wraz z odsetkami i kosztami windykacji.

Ograniczenie sankcji i klauzula wyłączenia

§ 29

Żaden Ubezpieczyciel/reasekurator nie będzie uznany za zobowiązanego do zapewnienia ochrony oraz nie będzie zobowiązany do zapłaty jakichkolwiek roszczeń lub zapewnienia jakichkolwiek świadczeń na podstawie niniejszej Sankcji

w zakresie, w jakim zapewnienie takiej ochrony, wypłata takiego roszczenia lub przekazanie takiego świadczenia naraziłoby **Ubezpieczyciela/** reasekuratora na jakiegokolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone uchwałami Organizacji Narodów Zjednoczonych albo sankcje handlowe lub ekonomiczne wprowadzone przepisami Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.