

Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń:	§ 12, § 16, § 17
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§ 2 ust. 1-2, § 4 ust. 3, § 7, § 8 ust. 2, § 8 ust. 5, § 9 ust. 3, § 11, § 13, § 16 ust. 1, § 17 ust. 7

Aneks do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia HIV/WZW w wyniku wypadku z dnia 12.08.2016

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia wprowadza się następujące zmiany:

Dodaje się postanowienia w brzmieniu:

1) Jeśli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będąc konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2) W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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, składając oświadczenie w tym zakresie.

3) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4)

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zgłaszania Ubezpieczycielowi skarg i zażaleń na zaniedbania 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. Renesansowa 7A, 01-905 Warszawa
 - b) osobiście do protokołu w siedzibie CEU
 - c) Telefonicznie pod numerem 22 305 89 90.
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, 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 terminie 30 dni od złożenia reklamacji, możliwe jest skierowanie reklamacji do Rzecznika Finansowego:

Biuro Rzecznika Finansowego
Al. Jerozolimskie 87
02-001 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.

5) 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 tę 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.

OWU w niniejszym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.



Upoważniony Przedstawiciel
Syndykatu Lloyd's Tokio Marine Kiln 510
Elena Frołowa

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA HIV/WZW

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia HIV/WZW, zwane dalej w skrócie OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych przez Tokio Marine Kiln Syndicates Limited - A&H Syndicate 510, z siedzibą 20 Fenchurch Street, London EC3M 3BY, Wielka Brytania zwany w dalszej części Ubezpieczycielem za pośrednictwem Upoważnionego Przedstawiciela, z osobami fizycznymi zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie na rzecz Ubezpieczającego wykonującego zawód medyczny lub czynności pomocnicze.
3. Treść umowy ubezpieczenia może zostać zmieniona na wniosek Ubezpieczającego po pisemnym potwierdzeniu przez Ubezpieczyciela

INFORMACJE, KTÓRE UBEZPIECZAJĄCY DOSTARCZYŁ UBEZPIECZYCIELOWI

§ 2

1. Jeśli Ubezpieczyciel ustali, że Ubezpieczający umyślnie lub lekkomyślnie dostarczył Ubezpieczycielowi nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd informacje, które mogłyby zwiększyć ryzyko, Ubezpieczyciel ma prawo podnieść wysokość składki ubezpieczeniowej. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w terminie 14 (czternastu) dni od doręczenia przeliczenia składki. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do składki za okres udzielonej ochrony.
2. Jeśli Ubezpieczyciel ustali, że Ubezpieczający umyślnie lub lekkomyślnie dostarczył Ubezpieczycielowi nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd informacje Ubezpieczyciel może być zwolniony z odpowiedzialności, lub zmniejszyć ilość, wypłaty świadczenia/ odszkodowania w zakresie, w jakim nieprawdziwe lub wprowadzające w błąd informacje przyczyniły się do powstania szkody.
3. Ubezpieczający oświadcza, że zgodnie z jego/ jej stanem wiedzy i przekonaniem, a także działając z należyłą starannością, nie jest zakażony wirusem HIV ani nie jest nosicielem wirusa HIV, chory/a na AIDS, ani zakażony/a WZW Ubezpieczający deklaruje również, że nie posiada żadnych informacji na temat uzasadnionego prawdopodobieństwa zakażenia wyżej wymienionymi jednostkami chorobowymi.

DEFINICJE

§ 3

Wszelkie pojęcia stosowane w niniejszych OWU należy interpretować w oparciu o poniższą listę definicji, przy czym w razie wątpliwości co do znaczenia terminów nie zdefiniowanych w niniejszych OWU, zastosowanie mają definicje wynikające z przepisów prawa wraz z ich aktualną wykładnią sądową:

- 1) **Ekspozycja** – narażenie Ubezpieczającego na zakażenie HIV lub WZW podczas wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych w okresie ubezpieczenia na terytorium RP,
- 2) **Karta poekspozycyjna** – dokument wypełniany w przypadku wystąpienia Ekspozycji, zgodnie z zasadami procedury poekspozycyjnej, zawierający co najmniej dane osoby poszkodowanej, okoliczności Ekspozycji oraz wykonanych badań i zastosowanego leczenia
- 3) **Procedura poekspozycyjna** – zbiór zasad postępowania w przypadku wystąpienia Ekspozycji oraz prowadzenia związanej z nią dokumentacji. Rozpoczęcie procedury poekspozycyjnej następuje zgodnie z zapisami § 12 ust.2 niniejszych OWU,
- 4) **Terroryzm** - oznacza działania obejmujące ale nie ograniczające się do użycia siły lub przemocy lub groźby podjęcia takich działań przez osoby lub grupę (grupy) osób, działających samodzielnie lub na rzecz lub w imieniu organizacji lub rządu(-ów), popełnione w celach politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych włączając zamiar wywarcia wpływu na jakikolwiek rząd lub zastraszenie społeczeństwo lub jego część
- 5) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca stroną umowy ubezpieczenia, na rzecz której udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa,
- 6) **Wykonywanie czynności pomocniczych** - wykonywanie czynności w zakładach opieki zdrowotnej polegających na:
 - a. Utrzymaniu czystości,
 - b. Czynnościach pielęgnarskich,
 - c. Rehabilitacji,
 - d. Opiece nad pacjentem,
- 7) **Zawód medyczny** – udzielanie świadczeń medycznych przez lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych, w tym także udzielanie pierwszej pomocy
- 8) **Wypadek** – nagłe niespodziewane, losowe, zdarzenie zewnętrzne, które następuje w określonym czasie i miejscu w okresie ubezpieczenia podczas wykonywania przez Ubezpieczającego Zawodu medycznego lub Czynności pomocniczych

- 9) **Zwykły, zwyczajowy, rozsądny** - najbardziej popularna wysokość opłaty za podobne usługi, leki, dostarczenie na terytorium RP.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§4

1. Ubezpieczeniem objęte są koszty poniesione przez Ubezpieczającego na badania medyczne i kurację antyretrowirusową po Ekspozycji w wyniku Wypadku mającego miejsce w okresie ubezpieczenia na terytorium RP.
2. W przypadku, gdy w ramach niniejszych OWU wymagane jest przeprowadzenie badań medycznych, badania muszą zostać wykonane przez wyspecjalizowane laboratorium. Badania wykonane w związku z niniejszym świadczeniem muszą wykazać, że Ubezpieczający nie był zakażony wirusem HIV ani WZW w chwili wystąpienia Wypadku będącego przyczyną infekcji.
3. Jeżeli badania medyczne wykażą, że Ubezpieczający był zakażony wirusem HIV lub WZW w chwili Wypadku, który miał być przyczyną infekcji, Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności w ramach niniejszego ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może być objęty ochroną przez Ubezpieczyciela w ramach tylko jednej umowy ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia wyróżnia wysokości świadczeń jak następuje:
 - 1) Świadczenia z tytułu konsultacji medycznych i badań na obecność HIV/WZW po Ekspozycji w wysokości równej Zwykłych, zwyczajowych, rozsądnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego na konsultacje medyczne i badania na obecność HIV/WZW do wysokości sumy ubezpieczenia w wybranej przez Ubezpieczającego Opcji wskazanej w § 6 Suma ubezpieczenia,
 - 2) Świadczenia z tytułu leczenia antyretrowirusowego po Ekspozycji w wysokości równej Zwykłych, zwyczajowych, rozsądnych kosztów poniesionych przez Ubezpieczającego na zakup leku antyretrowirusowego do wysokości sumy ubezpieczenia w wybranej przez Ubezpieczającego Opcji wskazanej w § 6 Suma ubezpieczenia,
 - 3) Świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW w wysokości sumy ubezpieczenia w wybranej przez Ubezpieczającego Opcji wskazanej w § 6 Suma ubezpieczenia niezależnie od liczby i typów wirusów WZW, które zostały wykryte po Ekspozycji.
 - 4) Świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV pomimo zastosowania terapii antyretrowirusowej w wysokości sumy ubezpieczenia w wybranej przez Ubezpieczającego Opcji wskazanej w § 6 Suma ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA**§ 5**

W odniesieniu do Umowy ubezpieczenia zawartej na bazie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczający jest uprawniony do otrzymania następujących świadczeń:

- 1) Świadczenia z tytułu konsultacji medycznych i badań na obecność HIV/WZW po Ekspozycji,
- 2) Świadczenia z tytułu leczenia antyretrowirusowego po Ekspozycji,
- 3) Świadczenie z tytułu zakażenia wirusem WZW lub świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV pomimo zastosowania terapii antyretrowirusowej.

SUMA UBEZPIECZENIA**§ 6**

1. Wysokość sumy ubezpieczenia, będącej podstawą ustalenia wysokości świadczenia została wskazana poniżej.
2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do jednego Wypadku
3. Ustala się następujące sumy ubezpieczenia:

Rodzaj świadczenia	WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA		
	OPCJA		
	basic	standard	premium
Konsultacje medyczne i badania na obecność HIV/WZW	2 000 zł	3 000 zł	5 000 zł
Koszt kuracji antyretrowirusowej	3 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	25 000 zł	100 000 zł	300 000 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	15 000 zł	50 000 zł	100 000 zł

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**§ 7**

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:

- a. zakażenie wirusem HIV lub WZW przez Ubezpieczającego w inny sposób niż poprzez Ekspozycję w wyniku Wypadku zgodnie z definicją,
 - b. zakażenie wirusem HIV lub WZW przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia,
 - c. zakażenie wirusem HIV lub WZW, które nie zostało zdiagnozowane w ciągu stu osiemdziesięciu (180) dni od daty Wypadku, który przyczynił się do powstania infekcji w okresie ubezpieczenia
 - d. zakażenie wirusem HIV lub WZW, które nie zostało zgłoszone do Ubezpieczenia w terminie siedmiu (7) dni od daty Wypadku, który przyczynił się do powstania Ekspozycji,
 - e. zakażenie wirusem HIV lub WZW, gdy badania medyczne nie zostały przeprowadzone przez wyspecjalizowany i wyszkolony personel medyczny w terminie dziewięćdziesięciu sześciu (96) godzin od daty i godziny Wypadku, który przyczynił się do powstania infekcji,
 - f. zakażenie wirusem HIV lub WZW jeżeli badania medyczne wskazane w § 12 ust. 3 pkt b) dały wynik pozytywny,
 - g. wojna, stan wojenny, stan wyjątkowy, lokalne zamieszki, strajki, sabotaż, rozruchy, lokauty i ataki terrorystyczne,
 - h. reakcja jądrowa, skażenie radioaktywne, skażenie lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działanie broni biologicznej lub chemicznej, promienie laserowe i maserowe, pola magnetycznego i elektromagnetycznego oraz epidemia,
 - i. pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa
 - j. zakażenie HIV lub WZW pod wpływem alkoholu lub narkotyków
 - k. zażycie leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - l. zaburzenia nerwowe, choroby psychiczne oraz epilepsja,
 - m. choroby i infekcje przewlekłe,
 - n. zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jedynie na rzecz jednego Ubezpieczającego, który w dniu podpisania umowy ubezpieczenia nie ukończył 70 roku życia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

1. Wysokość składki za cały okres ubezpieczenia zostaje określona przez Ubezpieczyciela.

2. W przypadku płatności składki w ratach, jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci raty składki w określonym terminie, Ubezpieczyciel może go wezwać do zapłaty zaległej raty składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Brak zapłaty w tym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności.
3. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres nie wykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wysokość składki należnej do zwrotu wynosi $1/365$ składki rocznej za każdy dzień nie wykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku wystąpienia szkody i zakończenia ochrony przed końcem okresu ubezpieczenia na który została zawarta umowa ubezpieczenia wysokość składki do zwrotu będzie proporcjonalny do pozostałej sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień ust. 4.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, chyba, że umówiono się inaczej.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ochrona ubezpieczeniowa była udzielana.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczyciela ze skutkiem natychmiastowym w razie stwierdzenia zaniedbań w zakresie wymogów, określonych w § 11 niniejszych OWU wynikających z rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu zawarciu umowy i opłaceniu składki lub jej pierwszej raty, chyba, że strony umówiły się inaczej.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu następnym po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, umowa zostaje automatycznie rozwiązana.

§ 11

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do Ubezpieczającego wygasa z chwilą:

- 1) zakończenia okresu ubezpieczenia za który została opłacona składka,
- 2) nie opłacenia składki lub jej pierwszej raty w terminie, o ile Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki oraz wypowiedzie umowę zgodnie z § 10 ust. 2,
- 3) upływu 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty zaległej raty składki, wysłanego przez Ubezpieczyciela po upływie terminu jej płatności, zgodnie z § 8 ust. 2,
- 4) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 5) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym przez Ubezpieczyciela, w trybie określonym w §10 ust. 2.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY**OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO****§ 12**

1. W okresie ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany zapobiegać powstaniu jakiegokolwiek Ekspozycji w szczególności poprzez zachowanie należytej ostrożności oraz przestrzeganie przepisów prawa.
2. W przypadku Ekspozycji, do obowiązków Ubezpieczającego należy:
 - a. zastosować się do Procedur poekspozycyjnych obowiązujących w miejscu wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych,
 - b. zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego wskazanego w załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
 - c. zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.
3. Ponadto, po Ekspozycji do obowiązków Ubezpieczonego należy:
 - a. poddać się leczeniu i stosować się do zaleceń, mających na celu złagodzenie skutków Wypadku,
 - b. poddać się badaniom medycznym przeprowadzanym przez uznany i wyszkolony personel medyczny w terminie nie dłuższym niż dziewięćdziesiąt sześć (96) godzin od daty i godziny Wypadku, który przyczynił się do Ekspozycji,

- c. zgłosić Ubezpieczycielowi bez zbędnej zwłoki po wystąpieniu Ekspozycji,
 - d. zwolnić wszelkich lekarzy (którzy leczyli Ubezpieczającego przed wystąpieniem Ekspozycji) z obowiązku zachowania tajemnicy medycznej i udostępnić dostęp do dokumentacji medycznej,
 - e. zwolnić publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy i wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - f. poddać się leczeniu przez lekarzy wskazanych przez Ubezpieczyciela,
 - g. podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności powstania Wypadku i ustalenia jego następstw,
 - h. umożliwić Ubezpieczycielowi dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania Wypadku, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
4. Ponadto Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
- a. karty informacyjne z pobytów w szpitalu, kopie wyników badań diagnostycznych, opinie lekarskie i inne dokumenty stwierdzające zakres udzielonej pomocy medycznej oraz określające okoliczności Ekspozycji lub przyczyny Wypadku,
 - b. oryginały rachunków dotyczących kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 Ubezpieczający obowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 12 miesięcy od daty Wypadku prowadzącego do Ekspozycji.
6. Ubezpieczający ma obowiązek udostępnić także inne dokumenty, które Ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia/odszkodowania.
7. Koszty poniesione przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego w zakresie pkt. 3b są pokrywane przez Ubezpieczyciela do wysokości wskazanej w § 6 – Suma Ubezpieczenia zgodnie z Opcją wybraną przez Ubezpieczającego.
8. W przypadku wszczęcia dochodzenia, śledztwa, wydania nakazu karnego lub wydania nakazu zapłaty, w związku Wypadkiem, Ubezpieczający powinien niezwłocznie poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela.
9. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo inspekcji dokumentacji związanej z każdą szkodą i na swój koszt może robić kopie takich dokumentów.

NARUSZENIE UMOWY

§ 13

W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa niniejszej umowy w zakresie obowiązków określonych w § 12, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć

odszkodowanie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ostateczne ustalenie:

- 1) że Ubezpieczający nie był nosicielem wirusa HIV ani WZW w dniu Wypadku skutkującego powstaniem szkody
- 2) okoliczności i skutków Wypadku.

ZMIANA OKOLICZNOŚCI

§ 14

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku okresu ubezpieczenia. W razie ujawnienia zmiany okoliczności wymagającego obniżenie lub podwyższenie składki umowa może być wypowiedziana ze skutkiem natychmiastowym przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela

OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) udzielania Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania skarg lub zażaleń,
- 3) udostępnienia Ubezpieczającemu informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności i wysokość świadczenia.

USTALENIE ROZMIARÓW SZKODY I WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

§ 16

1. Świadczenie po Ekspozycji zostanie wypłacone tylko w przypadku, kiedy wszczęto Procedurę poekspozycyjną i prowadzono kartę poekspozycyjną lub inne stosowne dokumenty potwierdzające przebieg leczenia profilaktycznego.
2. Świadczenie z tytułu przeprowadzenia konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusów HIV lub WZW po Ekspozycji – wypłacane jest przez Ubezpieczyciela w kwocie stanowiącej równowartość kosztu, jaki poniósł Ubezpieczający na konsultację lekarską i wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW, na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności do wysokości wskazanej w §6 Sumy ubezpieczenia zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego Opcją.

3. Świadczenie z tytułu zastosowania kuracji antyretrowirusowej po ekspozycji jest wypłacane przez Ubezpieczyciela w kwocie stanowiącej równowartość kosztu, jaki poniósł Ubezpieczający na zakup leku antyretrowirusowego, na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności do wysokości wskazanej w §6 Sumy ubezpieczenia zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego Opcją .
4. Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia wirusem HIV pomimo przejścia kuracji antyretrowirusowej lub zakażenia wirusem WZW po ekspozycji wypłacane jest na podstawie decyzji lekarza opartej na analizie zgromadzonej dokumentacji medycznej, zwłaszcza wyników badań potwierdzających zakażenie oraz ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy Ekspozycją a zakażeniem.

PROCEDURA WYPŁATY ŚWIADCZENIA/ODSZKODOWANIA

§ 17

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w złotych polskich (PLN), maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w §6 Sumy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu udokumentowane koszty dodatkowych badań lekarskich, zleconych przez Ubezpieczyciela w celu zweryfikowania zgłoszonych roszczeń.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie/odszkodowanie Ubezpieczającemu w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Wypadku. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia/odszkodowania okazało się niemożliwe, Ubezpieczający, zostanie o tym poinformowana pisemnie z podaniem przyczyny niemożności uznania lub odmowy uznania prawa do świadczenia/odszkodowania.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 świadczenie/odszkodowanie wypłacane jest w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia/odszkodowania wypłacana jest w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Wypadku.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia/odszkodowania z tytułu złożonego roszczenia, Ubezpieczyciel zawiadomi pisemnie Ubezpieczającego o całkowitej lub częściowej odmowie wypłaty świadczenia/odszkodowania w terminie 30 dni od daty otrzymania szkody. Ubezpieczyciel poinformuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej oraz czy będzie wszczynać postępowanie wyjaśniające.
6. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie/odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu wyjaśniającym, arbitrażu,

ugody zawartej na drodze sądowej, prawomocnego orzeczenia sądu do wysokości wskazanej w § 6 Sumy Ubezpieczenia.

7. Wszelkie oszustwo, zatajenie, lub umyślne niewłaściwe oświadczenie we wniosku na podstawie którego została zawarta umowa ubezpieczenia lub w odniesieniu do każdej innej kwestii mającej wpływ na umowę ubezpieczenia lub na roszczenie pod warunkiem że przyczyniło się do Ekspozycji zwolni Ubezpieczyciela od wypłaty świadczenia/odszkodowania.

ARBITRAŻ

§ 18

1. W przypadku braku porozumienia między zgłaszającym roszczenie Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem, co do odpowiedzialności ubezpieczyciela, wystąpienia szkody oraz wysokości odszkodowania do wypłaty w wyniku takiej szkody, Ubezpieczający i Ubezpieczyciel mogą wybrać do rozwiązania sporu arbitraż przy KNF.
2. Zasady arbitrażu są określone przepisami Sądu Arbitrażowego działającego przy KNF (Komisji Nadzoru Finansowego).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Ubezpieczyciela powinny być składane na piśmie lub przesłane pismem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił siedzibę lub miejsce zamieszkania i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, to pismo Ubezpieczyciela skierowane do ostatniej znanej siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i inne przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
4. Skargi i zażalenia związane z wykonywaniem niniejszej umowy ubezpieczenia rozpatrywane są CEU, Upoważnionego Przedstawiciela Ubezpieczyciela
5. Wszelkie skargi powinny być składane w formie pisemnej i zawierać co najmniej:
 - a. imię, nazwisko i dane teleadresowe osoby składającej skargę lub zażalenie,
 - b. numer polisy lub szkody oraz nazwę Ubezpieczającego,
 - c. opis sytuacji będącej przedmiotem skargi
 - d. uzasadnienie wraz z przedstawieniem ewentualnych dowodów.
6. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia stanowisko Ubezpieczyciela zostanie przesłane pisemnie w ciągu 14 dni listem poleconym na adres wskazany w treści skargi.

7. Ubezpieczający może złożyć skargę lub zażalenie w formie pisemnej do Biura Rzecznika Ubezpieczonych, na sposób wykonywania umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela.
8. Ewentualne spory powstałe w związku z umową ubezpieczenia rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Ubezpieczającego.