

Ogólne warunki ubezpieczenia- Mobilność grupowa

(Wersja 2016.5)

Art. 1. Podmiot ubezpieczenia

Zakres ochrony ubezpieczeniowej określa polisa, niniejsze warunki ogólne i wszelkie warunki szczególne zawarte w polisie.

Art. 2. Definicje

Wypadek

Za wypadek uważa się każde nagłe i niezamierzone zdarzenie powodujące odpowiedzialność odszkodowawczą, spowodowane w organizmie człowieka przez nadzwyczajną przyczynę zewnętrzną, która zagraża bezpieczeństwu fizycznemu lub powoduje śmierć, ale z wyłączeniem zaburzeń psychicznych (por. art. 4 LPGa).

Ubezpieczony

Ubezpieczenie obejmuje osoby prywatne, które subskrybowały licencję FIM i/lub licencję kontynentalną i/lub licencję międzynarodową ważną na zawody wymienione w kalendarzu FIM (tj. Mistrzostwa Świata, Grand Prix, Mistrzostwa Kontynentalne i/lub Wydarzenia wymienione przez FMN w kalendarzu FIM).

Ubezpieczyciel

TSM Compagnie d'Assurances, Société coopérative, Rue Jaquet-Droz 41, Case postale CH - 2301 La Chaux-de-Fonds pełni rolę ubezpieczyciela od wszelkiego ryzyka.

Zakres zastosowania

Zakres stosowania pomocy/ubezpieczenia obejmuje cały świat, chyba że wskazano inny zakres zastosowania dla różnych elementów ubezpieczenia w polisie ubezpieczeniowej.

Zawody

Zawody to zawody organizowane przez FIM i/lub jego związki kontynentalne (CONU) i/lub zrzeszone federacje (FMN), takie jak Mistrzostwa Świata, Grand Prix, Mistrzostwa Kontynentalne i/lub Wydarzenia wpisane przez FMN do kalendarza FIM. Ubezpieczenie obejmuje konsekwencje (wydatki na opiekę medyczną, świadczenia z tytułu śmierci i inwalidztwa) nieszczęśliwego wypadku/choroby doświadczonych przez ubezpieczonego podczas zawodów i/lub podczas bezpośredniej podróży na zawody i z zawodów.

Dom

Dom oznacza miejsce zamieszkania ubezpieczonego przed podróżą.

Epidemia

Choroba zakaźna dotykająca jednocześnie dużą liczbę osób i sklasyfikowana jako taka przez Światową Organizację Zdrowia.

Wojna

Wszelka działalność wynikająca z użycia lub próby użycia siły zbrojnej między narodami, w tym wojna domowa, rewolucja, inwazja. Wojna nie obejmuje aktów terroryzmu lub ataków terrorystycznych.

Zakwaterowanie

Pokój hotelowy średniej klasy + śniadanie. Żadne inne zakwaterowanie tymczasowe nie może być podstawą do jakiegokolwiek zwrotu kosztów.

Hospitalizacja

Nieoczekiwany i konieczny pobyt przez okres dłuższy niż 24 godziny w publicznym lub prywatnym ośrodku opieki medycznej, przepisanej zgodnie z zaleceniami medycznymi, na leczenie w następstwie choroby lub wypadku (nie leczenie o charakterze kosmetycznym lub jego skutków), o którym ubezpieczony nie wiedział przed wyjazdem.

Choroba

Za chorobę uważa się każde mimowolne upośledzenie zdrowia fizycznego, które nie jest wynikiem wypadku i które wymaga badania lekarskiego lub leczenia albo powoduje niezdolność osoby do pracy.

Członkowie rodziny

Bliska rodzina oraz rodzice, dziadkowie i rodzeństwo ubezpieczonego.

Ubezpieczający

FIM działająca w imieniu posiadaczy licencji wyścigowej, która obejmuje Mistrzostwa Świata, Mistrzostwa Kontynentalne i/lub Wydarzenia międzynarodowe wymienione przez FMN w kalendarzu FIM.

Stale miejsce zamieszkania

Stale miejsce zamieszkania uważa się za miejsce zamieszkania ubezpieczonego, jak wskazano w intranecie FIM.

Wczesny powrót

Przedwczesny i konieczny powrót ubezpieczonego do kraju ojczystego lub kraju stałego zamieszkania w czasie podróży.

Wystąpienie szkody

Każde zdarzenie, które może spowodować zaangażowanie Ubezpieczyciela.

Terroryzm/atak terrorystyczny

Działanie, które:

- jest popełniane z powodów politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, obejmujących użycie przemocy lub bezprawne użycie siły, lub bezprawne działanie zagrażające życiu ludzkiemu lub mieniu;
- jest popełniane przez jakąkolwiek osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub w imieniu jakiegokolwiek organizacji lub rządu (de jure lub de facto), lub w związku z takimi rządami lub organizacjami.

Bilet

Bilet lotniczy w tej samej klasie co bilet wykorzystywany przez ubezpieczonego w podróży lub bilet kolejowy pierwszej klasy. Ubezpieczyciel może poprosić ubezpieczonego o skorzystanie ze swojego biletu, jeżeli może on zostać wykorzystany lub zmieniony. W przeciwnym razie, gdy usługa assistance pokryje koszty zwrotu, ubezpieczony musi przekazać ubezpieczycielowi swój oryginalny niewykorzystany bilet lub taką kwotę, która zostanie mu zwrócona przez jakikolwiek uprawniony organ.

Art. 3. Świadczenia

Opisane poniżej świadczenia są ograniczone w zależności od górnego limitu wybranego w Polisie.

I. WYDATKI NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ

1. Świadczenia i zdarzenia objęte ubezpieczeniem

1.1. Wydatki na opiekę medyczną za granicą

O ile warunki szczególne nie stanowią inaczej, w przypadku choroby lub wypadku Ubezpieczyciel wypłaca zaliczki, pokrywa i zwraca, jako świadczenie główne (patrz określone limity w warunkach szczególnych) dodatkowo lub w formie uzupełnienia, koszty pilnej opieki medycznej i/lub hospitalizacji w następstwie choroby lub wypadku, które wystąpiły i zostały zaobserwowane w czasie podróży, i pozostają w gestii ubezpieczonego po objęciu ich planem ubezpieczenia zdrowotnego (lub innego ubezpieczenia społecznego) lub, w stosownych przypadkach, w ramach uzupełniającego ubezpieczenia prywatnego. W przypadku braku takiej ochrony ubezpieczeniowej lub jej zgodnego z prawem zawieszenia z powodu niezapłacenia składek, Ubezpieczyciel może ograniczyć zwrot kosztów na podstawie kwot wskazanych w warunkach szczególnych.

1.2. Pilna opieka stomatologiczna

Ochroną ubezpieczeniową objęta jest pilna opieka stomatologiczna po zdarzeniu, które wystąpiło w czasie podróży (nie może ona zostać odroczone ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego) i podjęta w zakresie: opatrunku, wypełnienia, leczenia kanałowego lub ekstrakcji.

Dodatkowy zwrot wydatków lub w przypadku braku pierwotnego planu ubezpieczenia zdrowotnego i innych dodatkowych planów ograniczony jest do maksymalnej kwoty 1000 CHF na zdarzenie na ubezpieczonego.

2. Wyłączenia szczególne

Oprócz ogólnych wyłączeń w ramach niniejszej polisy, ubezpieczenie nie obejmuje:

- kosztów protez, sprzętu, okularów i soczewek kontaktowych;
- kosztów związanych z wszelkimi zabiegami kosmetycznymi oraz ich skutkami lub następstwami;
- kosztów leczenia uzdrowiskowego, pobytów w domach rekonwalescencyjnych i ośrodkach rehabilitacyjnych;
- potrąceń i nadwyżek z innych polis ubezpieczeniowych;
- epidemii;
- świadczeń związanych z leczeniem i opieką otrzymywaną za granicą, jeżeli dana osoba wyjechała w tym celu do innego kraju;
- badań ogólnych i rutynowych;
- chorób wynikających ze środków medycznych o charakterze profilaktycznym lub terapeutycznym lub wynikających z diagnozy (np. szczepionki, radioterapia), o ile nie występują pod wpływem choroby ubezpieczonego;
- następstw interwencji antykoncepcyjnych lub aborcji.

II. POMOC MEDYCZNA

1. Świadczenia i zdarzenia objęte ubezpieczeniem

Ubezpieczyciel opłaca i dokonuje niezbędnych ustaleń w celu zapewnienia wyżej wymienionych gwarancji i świadczeń. Gwarancje i świadczenia są zapewniane 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu w razie wypadku lub choroby, wskutek których ubezpieczony ucierpiał w czasie podróży.

1.1. Koszty poszukiwań i ratownictwa

Ubezpieczyciel pokrywa koszty poszukiwań i ratownictwa niezbędne i uzasadnione w celu ratowania życia lub zdrowia ubezpieczonego. Koszty, o których mowa, muszą być uzasadnione sytuacją. Ponadto wykluczona jest wszelka ochrona ubezpieczonego w przypadku jego porwania oraz w przypadku, gdy ubezpieczony jest oddalony o ponad 200 km od brzegu.

1.2. Transport medyczny

Ewakuacja medyczna

Jeżeli w kraju podróży nie ma podstawowych służb ratowniczych, ubezpieczyciel organizuje i opłaca transport w nagłych wypadkach do najbliższego szpitala z odpowiednimi urządzeniami medycznymi, pod warunkiem uzyskania zgody zespołu medycznego ubezpieczyciela w sprawie środków i miejsca ewakuacji.

Powrót do kraju ze względów zdrowotnych

Lekarze ubezpieczyciela kontaktują się z miejscowymi lekarzami leczącymi ubezpieczonego i podejmują decyzje najlepiej dostosowane do jego stanu zdrowia na podstawie uzyskanych informacji i wyłącznie na podstawie wymagań medycznych.

Jeżeli zespół medyczny Ubezpieczyciela zaleci powrót do kraju ubezpieczonego, Ubezpieczyciel organizuje i opłaca powrót do kraju wyłącznie na podstawie wymagań medycznych.

Celem powrotu do kraju jest:

- albo najbardziej odpowiedni szpital;
- albo najbliższy szpital w kraju ojczystym lub w kraju przypisanym;
- albo dom albo stałe miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

Ostateczny wybór miejsca pobytu w szpitalu, termin, konieczność towarzyszenia ubezpieczonemu i zastosowane środki leżą wyłącznie w gestii zespołu medycznego ubezpieczyciela.

1.3. Wysłanie lekarza

Jeżeli wymagają tego okoliczności, zespół medyczny Ubezpieczyciela może podjąć decyzję o wysłaniu lekarza w celu lepszej oceny podejmowanych działań i ich organizacji. Ubezpieczyciel pokrywa koszty podróży i konsultacji lekarza, którego wyznaczył.

1.4. Monitorowanie opieki szpitalnej i ambulatoryjnej

Przez cały okres leczenia ubezpieczony ma dostęp do zespołu medycznego ubezpieczyciela, który w razie potrzeby może mu doradzić. Zespół medyczny musi mieć dostęp do dokumentacji medycznej ubezpieczonego. Dlatego ubezpieczony wyraźnie upoważnia zespół medyczny ubezpieczyciela do żądania wyników badań lekarskich i raportów od lekarza leczącego ubezpieczonego na miejscu.

1.5. Pomoc w razie śmierci

Powrót ciała do kraju w razie śmierci ubezpieczonego

Za zgodą rodziny zmarłego Ubezpieczyciel organizuje i opłaca powrót zwłok (lub prochów) do kraju z miejsca zgonu do miejsca pochówku w kraju ubezpieczonego lub kraju jego pochodzenia.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty pośmiertnego przygotowania ciała, złożenia w trumnie i poczynienia przygotowań niezbędnych do transportu.

Koszty pogrzebu i ceremonii oraz koszty lokalnych konwojów, pochówku lub kremacji ponosi rodzina ubezpieczonego.

Wybór firm zaangażowanych w proces przewozu zwłok do kraju jest sprawą wyłącznie ubezpieczyciela.

Jeżeli jest to pożądane, Ubezpieczyciel pokrywa koszty pochówku do miejsca, do wysokości kwoty, którą musiałby zapłacić w przypadku powrotu zwłok ubezpieczonego do kraju.

Pomoc w formalnościach po śmierci ubezpieczonego

Jeżeli obecność na miejscu członka rodziny ubezpieczonego lub bliskiego krewnego okaże się niezbędna do identyfikacji ciała zmarłego oraz formalności dotyczących przewozu ciała do kraju lub kremacji, ubezpieczyciel zapewnia bilet powrotny. O to świadczenie można ubiegać się tylko wtedy, gdy w chwili śmierci ubezpieczony był sam.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakwaterowania przez okres 3 kolejnych nocy.

Koszty trumny

Ubezpieczyciel pokrywa koszty trumny niezbędnej do transportu.

1.6. Powrót osoby towarzyszącej ubezpieczonemu w przypadku powrotu ubezpieczonego do kraju ze względu na stan zdrowia lub śmierci ubezpieczonego.

Jeżeli po powrocie do kraju ze względu na stan zdrowia lub śmierci ubezpieczonego, osoba ubezpieczona, która podróżowała z ubezpieczonym, również musi wrócić wcześniej, ubezpieczyciel organizuje i opłaca bilet do domu, pod warunkiem, że środki pierwotnie przeznaczone na podróż powrotną takiej osoby nie mogą zostać wykorzystane lub nie mogą zostać zmienione. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do korzystania z pierwszego biletu.

Świadczenie to nie może być wykorzystywane w połączeniu ze świadczeniem „Wizyta członków bliskiej rodziny”.

1.7. Wizyta członków bliskiej rodziny

Jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego uniemożliwia mu powrót do kraju i jeżeli miejscowa hospitalizacja trwa dłużej niż 5 kolejnych dni, ubezpieczyciel organizuje i opłaca bilet powrotny oraz lokalne zakwaterowanie dla 2 członków najbliższej rodziny.

Świadczenie to obowiązuje tylko w przypadku nieobecności, na miejscu, pełnoletniego członka rodziny ubezpieczonego.

1.8. Całodobowe porady medyczne

Ubezpieczyciel udzieli porady medycznej każdemu ubezpieczonemu dzwoniącemu na infolinię. W nagłej sytuacji i o ile jest to możliwe, Ubezpieczyciel organizuje i skontaktować ubezpieczonego z lekarzami wyznaczonymi przez ubezpieczyciela i pomóc ubezpieczonemu w znalezieniu najbardziej odpowiedniego rozwiązania jego problemu zdrowotnego, tj. przyjmowanie leków, leczenie lub hospitalizacja. Zaangażowanie lekarza ogranicza się do dostarczenia obiektywnych informacji. W żadnym wypadku celem usługi nie jest wydanie zindywidualizowanej konsultacji lekarskiej lub zachęcenie do samoleczenia. W razie potrzeby lekarz ubezpieczyciela poradzi ubezpieczonemu, aby skonsultował się z lekarzem prowadzącym.

1.9. Dostęp do sieci lokalnych usług medycznych

Na życzenie ubezpieczonego, infolinia poda dane kontaktowe usługodawcy medycznego wymienionego w jej sieci. Infolinia może, w zależności od tego, co jest dostępne lokalnie, zorganizować spotkanie lekarza z ubezpieczonym. Koszty ponosi ubezpieczony.

1.10. Druga opinia lekarska

„Druga opinia lekarska” jest oceną przypadku przeprowadzaną przez innego lekarza. Druga opinia lekarska jest usługą mającą na celu ustalenie, czy postawione diagnozy są prawidłowe i czy przepisane leczenie jest zgodne z aktualnym stanem wiedzy naukowej, jak również z potrzebami pacjentów. Część po stronie ubezpieczyciela polega na umówieniu wizyty u lekarza zewnętrznego. Ubezpieczony pozostaje odpowiedzialny za zapłatę za konsultację.

1.11. Wysyłka leku, który nie jest dostępny lokalnie

W przypadku niemożności znalezienia niezbędnych leków na miejscu, przepisanych przed wyjazdem przez lekarza leczącego ubezpieczonego w jego kraju ojczystym lub w razie choroby lub wypadku, ubezpieczyciel poszukuje ich w Szwajcarii, pod warunkiem, że leki te nie są dostępne lokalnie. Jeżeli lekarstwo jest dostępne, jest wysyłane tak szybko, jak to możliwe, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z lokalnych przepisów i dostępnych środków transportu. Tym rodzajem ochrony ubezpieczeniowej objęte są jednorazowe wnioski. W żadnym wypadku nie może być ona przyznana w ramach długotrwałego leczenia wymagającego regularnego wysyłania leków lub próby o szczepionkę. Koszt leku pozostaje do zapłacenia przez ubezpieczonego.

1.12. Pomoc językowa

W razie potrzeby ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu bezpłatną usługę tłumaczeniową za pośrednictwem konferencji telefonicznej organizowanej pomiędzy ubezpieczonym, lekarzem prowadzącym ubezpieczonego i lekarzem ubezpieczyciela w przypadku pytań związanych z leczeniem zorganizowanym przez ubezpieczyciela. Usługa ta świadczona jest w języku angielskim lub w innych językach w zależności od dostępności lekarzy. Ubezpieczony nie podejmuje się zorganizowania żadnego tłumaczenia pisemnego.

1.13. Pomoc psychologiczna

W przypadku próby o pomoc psychologiczną w następstwie traumy spowodowanej atakiem na ubezpieczonego lub śmiercią ubezpieczonego za granicą, zespół ubezpieczyciela kontaktuje ubezpieczonego lub członków najbliższej rodziny ubezpieczonego z psychologiem i/lub organizuje spotkanie z psychologiem.

III. POMOC W PODRÓŻY

Świadczenia te są wykorzystywane pod warunkiem, że bilety pierwotnie przeznaczone do wykorzystania przez ubezpieczonego w trakcie podróży nie nadają się do użytku lub nie można ich zmienić. Jeżeli Ubezpieczyciel zapłaci za nowy bilet, koszty pierwotnie zarezerwowanej podróży powrotnej nie podlegają zwrotowi.

1. Przerwa w podróży

1.1. Świadczenia

Jeżeli ubezpieczony musi wcześniej przerwać podróż, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty niewykorzystanej części podróży proporcjonalnie do kosztów ustaleń ubezpieczonego i biletu powrotnego do domu. Aby umożliwić ubezpieczonemu powrót do początkowego miejsca podróży, ubezpieczyciel płaci za bilet powrotny.

1.2. Zdarzenia objęte ubezpieczeniem

- W razie śmierci, wypadku lub choroby ubezpieczonego;
- W przypadku śmierci, wypadku lub choroby wymagającej hospitalizacji przez okres dłuższy niż 5 dni członka rodziny lub zastępstwa w pracy, jeżeli obecność ubezpieczonego w miejscu pracy stanie się niezbędna. Ochrony tej udziela się, gdy data hospitalizacji lub śmierci następuje po dacie wyjazdu ubezpieczonego;
- W przypadku nieoczekiwanego wezwania do sądu;
- W przypadku uszkodzenia domu lub lokalu usługowego ubezpieczającego;
- W przypadku śmierci, wypadku lub choroby osoby towarzyszącej ubezpieczonemu, zarejestrowanej w tej samej rezerwacji.

2. Przedłużony pobyt

Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku ubezpieczonego lub towarzyszącego mu członka bliskiej rodziny ubezpieczony nie może wrócić w pierwotnie planowanym terminie, a w danym przypadku nie wymaga hospitalizacji lub powrotu do kraju ze względu na stan zdrowia, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty przedłużenia pobytu w hotelu ubezpieczonego, jak również koszty osób ubezpieczonych podróżujących z ubezpieczonym, pod warunkiem, że zamieszkuje z nim.

Ubezpieczyciel pokrywa koszty przedłużenia zakwaterowania i biletu do domu. Ochrona ta może być udzielona wyłącznie na podstawie rekomendacji zespołu medycznego Ubezpieczyciela.

IV. SUMA UBEZPIECZENIA W RAZIE ŚMIERCI NA SKUTEK WYPADKU I TRWAŁEGO INWALIDZTWA NA SKUTEK WYPADKU

1. Suma ubezpieczenia w razie śmierci na skutek wypadku

Jeżeli zostanie stwierdzone, że ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku podlegającego ubezpieczeniu w okresie dwóch lat następujących po tym wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca uzgodnioną sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci osobom wymienionym poniżej, przy czym każda grupa jest beneficjentem tylko w przypadku braku poprzedniej grupy:

- Małżonek lub zarejestrowany partner;
- Dzieci i dzieci adoptowane.

Ubezpieczony może w każdej chwili, w drodze pisemnego zawiadomienia, wyznaczyć innych beneficjentów.

Jeżeli nie ma spadkobiercy, Ubezpieczyciel pokrywa jedynie koszty pogrzebu, maksymalnie do wysokości 10% kwoty uzgodnionej w przypadku śmierci.

Wszelkie świadczenia z tytułu inwalidztwa już uzyskane w ramach tej polisy będą potrącone z odszkodowania w przypadku śmierci. W żadnym wypadku wypłacona kwota nie może przekroczyć maksymalnej kwoty określonej w polisie.

2. Trwałe inwalidztwo na skutek wypadku

Z medycznego punktu widzenia należy uważać trwałe inwalidztwo na skutek wypadku jako konsekwencję wypadku objętego ubezpieczeniem najpóźniej w okresie dwóch lat od dnia wypadku.

Stopień niepełnosprawności, jak również odpowiednie odszkodowanie ustalane są w oparciu o poniższą skalę:

Utrata obu nóg lub obu stóp, obu ramion lub obu dłoni	100%
Jednoczesna utrata jednego ramienia i jednej dłoni i jednej nogi lub jednej stopy	100%
całkowity paraliż, nieuleczalne zaburzenia psychiczne uniemożliwiające wykonywanie jakiegokolwiek działania zawodowej	100%
Utrata ramienia w lub powyżej łokcia	70%
Utrata przedramienia lub jednej dłoni	60%
Utrata kciuka	22%
Utrata palca wskazującego	15%
Utrata jakiegokolwiek innego palca dłoni	8%
Utrata nogi w lub powyżej kolana	60%
Utrata nogi poniżej kolana	50%
Utrata stopy	40%
Całkowita ślepotą	100%
Utrata oka	30%
Utrata widzenia w drugim oku w przypadku osób już ślepych na jedno oko	70%
Utrata słuchu w obu uszach	60%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%
Utrata słuchu w jednym uchu, w przypadku osób, które straciły już całkowicie słuch w drugim uchu przed wypadkiem	45%

Całkowita utrata funkcji kończyny lub narządu jest równoznaczna z całkowitą utratą kończyny lub narządu.

W przypadku częściowej utraty funkcji stopień niepełnosprawności zostanie odpowiednio zmniejszony.

W przypadku jednoczesnej utraty lub utraty funkcji więcej niż jednej kończyny, wartości procentowe będą sumowane. Suma ta nie może jednak w żadnym wypadku przekroczyć 100%.

W przypadkach niewymienionych powyżej stopień inwalidztwa ustala się na podstawie szacunku lekarza odnoszącego się do podanych powyżej wartości procentowych i z uwzględnieniem sytuacji osoby ubezpieczonej.

Jeżeli przed wypadkiem części ciała były już okaleczone lub dotknięte całkowitą lub częściową utratą sprawności ruchowej, zostanie to wzięte pod uwagę przy ocenie inwalidztwa ubezpieczonego, poprzez odjęcie istniejącego wcześniej stopnia inwalidztwa zgodnie z powyższymi zasadami.

W tych przypadkach, niewymienionych powyżej, stopień niepełnosprawności jest określany na podstawie wyników badań lekarskich. Teoretyczne inwalidztwo w aspekcie medycznym jest zawsze czynnikiem decydującym.

Jeżeli stopień inwalidztwa jest mniejszy lub równy 25%, ubezpieczyciel wypłaca odpowiedni procent uzgodnionej sumy ubezpieczenia z tytułu zwykłego inwalidztwa.

Jeżeli stopień inwalidztwa jest większy niż 25%, wysokość progresywnego odszkodowania ustala się według poniższej skali.

Stopień inwalidztwa w %	Świadczenia w %	Stopień inwalidztwa w %	Świadczenia w %	Stopień inwalidztwa w %	Świadczenia w %
26	27	51	78	76	100
27	29	51	81	77	100
28	31	52	84	78	100
29	33	52	87	79	100
30	35	53	90	80	100
31	37	53	93	81	100
32	39	57	96	82	100
33	41	58	98	83	100
34	43	59	99	84	100
35	45	60	100	85	100
36	47	61	100	86	100
37	49	62	100	87	100
38	51	63	100	88	100
39	53	64	100	89	100
40	55	65	100	90	100
41	57	66	100	91	100
42	59	67	100	92	100
43	61	68	100	93	100
44	63	69	100	94	100
45	65	70	100	95	100
46	67	71	100	96	100
47	69	72	100	97	100
48	71	73	100	98	100
49	73	74	100	99	100
50	75	75	100	100	100

O ile w polisie nie określono inaczej, ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie zgodnie ze skalą progresywną.

2.1. Limity świadczeń

2.2. Ubezpieczyciel wypłaca: _ w przypadku śmierci

- ubezpieczonych dzieci, które w momencie wypadku nie ukończyły jeszcze 16 lat, maksymalnie 10 000 CHF,
- osób ubezpieczonych, które w chwili wypadku miały 65 lub więcej lat, połowę uzgodnionej sumy ubezpieczenia;

w przypadku inwalidztwa

- ubezpieczonych dzieci, które w chwili wypadku nie ukończyły jeszcze 16 roku życia, maksymalnie 200 000 CHF,
- osób ubezpieczonych, które w chwili wypadku miały 65 lub więcej lat, rentę dożywotnią zamiast sumy ubezpieczenia. Roczna renta wynosi 83 CHF na każde 1000 CHF sumy ubezpieczenia z tytułu inwalidztwa, gdzie stopień inwalidztwa wynosi 100% (skala w zależności od stopnia inwalidztwa, jak podano w tabeli powyżej);

Świadczenie z tytułu inwalidztwa wypłacane jest niezwłocznie po stwierdzeniu i ustaleniu zakresu trwałego inwalidztwa, jednak nie później niż dwa lata po wypadku. Jeżeli ustalenie lub stwierdzenie stopnia inwalidztwa trwa dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu częściowe odszkodowanie na podstawie ustaleń medycznych i proporcjonalnie do obecnego stopnia inwalidztwa. Suma częściowych odszkodowań należnych ubezpieczonemu nie może jednak przekroczyć 50% ostatecznego kapitału wypłacanego z tytułu zwykłego inwalidztwa. Tylko ubezpieczony jest uprawniony do świadczenia z tytułu inwalidztwa; prawo to nie podlega przeniesieniu.

Jeżeli kilka osób ubezpieczonych doznało wypadku w tym samym, unikalnym środku transportu, odszkodowanie wypłacane przez ubezpieczyciela jest ograniczone do maksymalnej kwoty określonej w polisie w przypadku śmierci i inwalidztwa. Jeżeli roszczenia przekroczą tę kwotę, zostanie ona rozdzielona proporcjonalnie.

2.3. Koszt profesjonalnej rehabilitacji

Jeżeli po wypadku, za który ubezpieczyciel wypłacił świadczenia, konieczna jest profesjonalna rehabilitacja, ubezpieczyciel pokrywa odpowiednie koszty maksymalnie do wysokości 10% kwoty określonej do wypłaty za inwalidztwo (bez uwzględniania progresji).

2.4. Szkoda

Stosuje się przepisy ogólne oraz poniższe przepisy:

- W przypadku śmierci w następstwie wypadku ubezpieczyciel musi zostać powiadomiony na piśmie w ciągu 72 godzin. Jeżeli ubezpieczyciel wystąpi z takim wnioskiem, spadkobierca musi udzielić zgody na badanie pośmiertne lub ekshumację.
- Ubezpieczycielowi należy dostarczyć następujące dokumenty:

- szczegółowe zaświadczenie lekarskie i/lub oryginał aktu zgonu,

2.5. Wyłączenia szczególne

Oprócz ogólnych wyłączeń w ramach niniejszej polisy, z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są również następujące elementy:

- Wypadki, których ofiarami padli kierowcy pojazdów silnikowych lub rowerzyści, którzy w czasie wypadku jeździli z zawartością alkoholu we krwi na poziomie lub powyżej poziomu ustalonego przez obowiązujące przepisy w Szwajcarii lub pod wpływem narkotyków;

2.6. Wpływ czynników innych niż wypadek

Jeżeli wpływ na zdrowie można tylko częściowo przypisać wypadkowi ubezpieczonego, świadczenia ubezpieczyciela ulegają zmniejszeniu zgodnie z wpływem innych czynników określonych w wyniku badania lekarskiego.

Art. 4. Wyłączenia ogólne

Oprócz wyłączeń specyficznych dla każdego ubezpieczenia na mocy niniejszej polisy, o ile w polisie i w warunkach szczególnych nie określono inaczej, ochrona ubezpieczeniowa wyłącza wszelkie zdarzenia i wynikające z nich konsekwencje powstałe na skutek:

- - umyślnego działania lub poważnego zaniedbania lub zaniechania ze strony ubezpieczonego;
- - umyślnego popełnienia przestępstw i wykroczeń oraz usiłowania ich popełnienia;
- - umyślnego nieprzestrzegania przepisów odwiedzanego kraju lub prowadzenia działalności niedozwolonej przez władze lokalne;
- - brania udziału w sprzeczkach, z wyjątkiem przypadków uzasadnionej obrony;
- - wydarzeń związanych z wojną lub wojną domową, zgłoszonych lub niezgłoszonych. Ochrona ubezpieczeniowa ma jednak zastosowanie, gdy osoba ubezpieczona zostaje nagle i niespodziewanie objęta działaniami wojennymi lub wojną domową podczas podróży zagraniczej. Jednakże żadne roszczenie nie zostanie uwzględnione po 14 dniu od rozpoczęcia wojny lub wojny domowej na terenie kraju, w którym ubezpieczony przebywa. Powyższe przedłużenie gwarancji nie ma zastosowania do podróży w obrębie lub przez kraje, na których terytorium mają już miejsce podobne zdarzenia wojenne lub wojny domowe, chyba że ubezpieczony podjął niezbędne środki w zakresie ochrony ubezpieczeniowej zatwierdzonej przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczyciel udzielił pierwszego przedłużenia poza 14 dni;
- - klęsk żywiołowych, takich jak wichury, trzęsienia ziemi, erupcje wulkanu, tsunami lub inne katastrofy, chyba że stwierdzono inaczej;
- - promieniowania jonizującego, niezależnie od jego rodzaju, w tym w szczególności promieniowanie wynikające z transmutacji atomu;
- - spożywania alkoholu (stężenie alkoholu we krwi uznane za wyższe niż stężenie ustalone na mocy obowiązujących przepisów szwajcarskich), nadużywania i umyślnego stosowania lub spożywania leków, narkotyków lub środków uspokajających, które nie zostały przepisane medycznie; wyłączenie to nie ma zastosowania w przypadkach powrotu zwłok do kraju;
- - chorób przenoszonych drogą płciową, w szczególności HIV i ich konsekwencji (AIDS);
- - łagodnych dolegliwości lub zmian chorobowych, które mogą być leczone lokalnie i które nie uniemożliwiają ubezpieczonemu kontynuowania podróży;
- - rekonwalescencji, dolegliwości w trakcie leczenia jeszcze nie utrwalonych i/lub wymagających zastosowania dalszego harmonogramu leczenia;
- - potencjalnych konsekwencji (kontrolne, dodatkowe leczenie, nawroty) dolegliwości, które doprowadziły do powrotu do kraju;

- zdarzeń będących następstwem chorób i wypadków, które nie zostały odnotowane przez lekarza i potwierdzone zaświadczeniem lekarskim w momencie ich wystąpienia;
- stanów związanych z ciążą, z wyjątkiem nieprzewidzianych powikłań przed 28 tygodniem porodu;
- porodu i jego konsekwencje dla noworodków;
- dobrowolnych aborcji i aborcji wymaganych z powodów medycznych;
- problemów psychologicznych, wszelkich form chorób psychicznych;
- zdarzeń takich jak samobójstwo, próba popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia i ich konsekwencje;
- szkód będących przedmiotem oświadczenia osoby (eksperta, lekarza, radcy prawnego itp.), która jest krewnym lub krewnym ubezpieczonego w związku małżeńskim lub która faworyzuje ubezpieczonego;
- odwołania lub zmiany planu podróży, w szczególności przez organizatora, usługodawcę lub biuro podróży albo przerwania lub zaprzestania prowadzenia przez nie działalności.

Art. 5. Ograniczenia zastosowania ochrony ubez.

1. Limit odpowiedzialności

Ubezpieczyciel nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za potencjalne szkody o charakterze zawodowym, handlowym lub innym, poniesione przez ubezpieczonego lub ubezpieczającego w następstwie zdarzenia, które wymagało zaangażowania służb ratunkowych.

Ubezpieczyciel nie może zastąpić lokalnych lub krajowych organizacji ratowniczych lub poszukiwawczo-ratowniczych i nie pokrywa kosztów poniesionych w wyniku ich zaangażowania, chyba że umowa stanowi inaczej.

1. Wyjątkowe okoliczności

Ubezpieczyciel nie może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za niewykonanie lub opóźnione wykonanie usług wynikające z konfliktów zbrojnych, ogólnej mobilizacji, rekwizycji ludzi i/lub mienia przez władze, aktów sabotażu lub terroryzmu, konfliktów społecznych, takich jak strajki, zamieszki, rozruchy, ograniczenia w swobodnym przepływie mienia i ludzi, klęsk żywiołowych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, ryzyka zakaźnego lub chemicznego, wszelkich przypadków siły wyższej.

Art. 6. Ogólne warunki stosowania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ważność ochrony ubezpieczeniowej

Usługa assistance/ubezpieczenie obejmuje wszystkie szkody powstałe w trakcie całego okresu ważności niniejszej polisy, które w ramach niniejszej polisy przysługują osobie ubezpieczonej w związku z podróżą ubezpieczoną w ramach niniejszej polisy.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa automatycznie, bez dalszego powiadamiania, w dniu, w którym ubezpieczony nie uiszcza już opłat za międzynarodową licencję wyścigową obejmującą Mistrzostwa Świata, Mistrzostwa Kontynentalne i Wydarzenia międzynarodowe ujęte przez FMN w kalendarzu FIM.

2. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

Zobowiązania Ubezpieczyciela wchodzi w życie z dniem wskazanym w polisie.

3. Okres obowiązywania umowy

Umowa zawierana jest na okres wskazany w polisie oraz zgodnie z warunkami szczególnymi.

4. Zmiana umowy

Wszelkie zmiany postanowień niniejszej umowy ubezpieczenia, których życzy sobie jedna ze stron, będą musiały być przedmiotem pisemnej umowy podpisanej przez obie strony.

5. Uruchomienie ochrony ubezpieczeniowej

Obowiązują tylko świadczenia ustalone przez lub za zgodą Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel interweniuje w ramach określonych przez krajowe i międzynarodowe przepisy ustawowe i wykonawcze. Z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności lub przypadków działania siły wyższej, ubezpieczony musi powiadomić ubezpieczyciela i zgłosić szkodę w ciągu 30 dni roboczych od daty powstania szkody i/lub zgodnie z ustaleniami określonymi dla każdego rodzaju ubezpieczenia. Po tym okresie ubezpieczony może

skorzystać z ograniczonego zakresu ubezpieczenia lub utracić wszelkie prawa do odszkodowania.

6. Utrata prawa do świadczeń

Nieprzestrzeganie przez ubezpieczonego jego obowiązków wobec Ubezpieczyciela skutkuje utratą jego praw wobec Ubezpieczyciela.

1. Inspekcja

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wglądu, w dowolnym czasie i poprzez dowolną wybraną przez siebie osobę, do dokumentów potwierdzających informacje, na podstawie których obliczana jest składka, przez cały okres ubezpieczenia oraz przez dwa lata po wygaśnięciu umowy. Jeżeli ubezpieczający nie dostarczył dokładnych informacji na temat podstawy obliczenia składki, obowiązki ubezpieczyciela zostają zawieszane od dnia, w którym powinno być zostać złożone oświadczenie o obliczeniu składki w rozumieniu poprzedniego ustępu, do dnia, w którym zostanie zapłacona dodatkowa opłata (wraz z odsetkami i kosztami) wynikająca z niedokładnej deklaracji.

Weryfikacja ochrony ubezpieczeniowej

8.1. Deklaracja

Ubezpieczyciel ma bezpośredni dostęp do pliku FIM, umożliwiającego mu weryfikację ważności licencji w czasie rzeczywistym.

8.2. Upoważnienie do udzielania świadczeń

Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi imię i nazwisko oraz dane kontaktowe (numer telefonu, bezpośrednią linię, e-mail i faks) osoby upoważnionej (u ubezpieczającego), z którą ubezpieczyciel musi się skontaktować w przypadku, gdy ubezpieczony ubiegający się o jeden z opisanych powyżej rodzajów ochrony ubezpieczeniowej nie jest wymieniony w bazie danych ubezpieczonych. Ubezpieczający niezwłocznie powiadomi Ubezpieczyciela o każdej zmianie osoby upoważnionej i/lub danych kontaktowych.

Ubezpieczyciel będzie świadczył usługi podlegające zwrotowi kosztów wyłącznie za pisemną zgodą osoby upoważnionej. Obowiązuje tylko w przypadku osób, których możliwości ubezpieczeniowe są niepewne.

W razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczyciel nie jest w stanie dotrzeć do osoby upoważnionej przez ubezpieczającego, upoważnia on ubezpieczyciela do zorganizowania i opłacenia usług niezbędnych dla zdrowia ubezpieczonego. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu świadczeń, które nie są objęte ubezpieczeniem.

9. Warunki finansowe

9.1. Podstawa obliczenia składek

W celu obliczenia składek i wartości faktur ubezpieczający zobowiązuje się do przesłania Ubezpieczycielowi informacji niezbędnych do obliczeń (liczba licencjobiorców itp.) określonych w polisie. Informacje te będą przekazywane z częstotliwością określoną w polisie.

9.2. Termin płatności, płatność w ratach, zwrot kosztów, powiadomienie

Składka jest ustalana na każdy rok ubezpieczenia. Jest ona płatna z góry, nie później niż pierwszego dnia uzgodnionego miesiąca płatności. Pierwsza składka, w tym szwajcarska opłata skarbową, jest wymagalna w momencie wystawienia polisy, ale nie wcześniej niż w momencie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

W przypadku płatności ratalnej uznaje się, że części składki płatne w ciągu roku trwania polisy były po prostu objęte okresem odroczenia.

Jeżeli umowa zostanie unieważniona z jakiegokolwiek powodu przed upływem roku trwania polisy, składka zapłacona za niewykorzystany okres nie podlega zwrotowi, a w przypadku płatności w ratach, składka należąca za niewykorzystany okres pozostaje płatna na rzecz ubezpieczyciela.

Jeżeli składki nie zostaną opłacone w uzgodnionym terminie, ubezpieczający otrzymuje pisemne zawiadomienie, na swój koszt, o zapłacie składki w ciągu 14 dni. Powiadomienie określa konsekwencje opóźnień w zapłacie składki. Jeżeli niniejsze zawiadomienie nie wywołuje żadnych skutków, obowiązki Ubezpieczyciela zostają zawieszane pomiędzy wspomnianą datą wygaśnięcia a pełną płatnością składki, zawierającą szwajcarską federalną opłatę skarbową.

9.3. Oświadczenie dotyczące składek

Ubezpieczający musi na początku każdego okresu ubezpieczenia zapłacić składkę w formie depozytu, jak określono w polisie. Składka jest sporządzana na koniec każdego okresu ubezpieczenia lub w przypadku unieważnienia umowy, w oparciu o wyczerpanie nowych i odchodzących ubezpieczonych proporcjonalnie za ten sam okres. W tym celu

ubezpieczyciel wystawia formularz ubezpieczającemu i prosi go o odnotowanie na nim wszystkich informacji umożliwiających sporządzenie oświadczenia. Składka dodatkowa wynikająca z oświadczenia musi zostać zapłacona w ciągu 30 dni od daty przedstawienia żądania przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu ewentualną składkę z tytułu zwrotu w tym samym okresie, niezwłocznie po sporządzeniu ostatecznego oświadczenia. Jeżeli ubezpieczający nie zwróci formularza do sporządzenia zestawienia składki w ciągu 30 dni od daty jego otrzymania lub jeżeli nie zapłaci składki dodatkowej w określonym terminie, Ubezpieczyciel jest uprawniony do postępowania zgodnie z art. 11.2.

9.4. Korekta składek

Ubezpieczyciel może wnioskować o korektę składek, nadwyżek i warunków ogólnych, jak wskazano w warunkach szczególnych.

Art. 7. Ustalenia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej

1. Obowiązki ubezpieczonego

Licencjorbiorca musi przesłać

Ubezpieczycielowi następujące informacje i dokumenty

- charakter, okoliczności, datę i miejsce wystąpienia zdarzenia powodującego szkodę;
- oryginały faktur wszystkich wydatków;
- oryginalne wykazy i/lub oświadczenia o zwrocie kosztów od każdej organizacji płatniczej, której to dotyczy, oraz kopie faktur za wydatki.

2. Ustalenia dotyczące stosowania ubezpieczenia Wydatki na opiekę medyczną

Udział ubezpieczyciela jest ograniczony do maksymalnej kwoty ubezpieczenia i pod warunkiem, że Licencjorbiorca przesłał do Ubezpieczyciela:

- Oryginały faktur na pokrycie kosztów leczenia;
- Zaświadczenie o odmowie zapłaty od ubezpieczycieli społecznych i prywatnych.

Wniosek o zwrot kosztów złożony przez Licencjorbiorcę do Ubezpieczyciela:

Licencjorbiorca w pierwszej kolejności składa wnioski o zwrot kosztów do zwykłych instytucji zajmujących się ubezpieczeniem społecznym i przekazuje je Ubezpieczycielowi:

- Kopie opłaconych faktur + recepta;
- Kopia orzeczenia lekarskiego;
- Oryginalne oświadczenia ubezpieczycieli społecznych;
- Dane bankowe.

Zaliczka na kosztu hospitalizacji płatna przez Ubezpieczyciela: ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu opłacone z góry faktury. Ubezpieczony będzie miał 30 dni od otrzymania faktur na żądanie zwrotu należnych kwot od swoich ubezpieczycieli społecznych, a następnie przekaże je Ubezpieczycielowi. Ubezpieczyciel refakturuje nadwyżkę i udział kwotowy, które nie podlegają zwrotowi.

Koszty poszukiwań i ratownictwa

- Ubezpieczyciel musi zostać powiadomiony nie później niż czterdzieści osiem godzin po zakończeniu misji, a usługa musi zostać zamówiona przez właściwe władze lokalne lub oficjalne organizacje ratunkowe.

- Ubezpieczony musi podać następujące informacje: charakter, okoliczności, datę i miejsce wystąpienia szkody powodującej koszty poszukiwań na miejscu, oryginalne faktury wszystkich wydatków poniesionych w związku z poszukiwaniami oraz oryginalne wykazy i/lub oświadczenia o zwrocie kosztów wystawione przez każdą organizację płatniczą, której to dotyczy, a także kopie faktur z tytułu wydatków.

Pomoc psychologiczna

- Wniosek o pomoc psychologiczną musi być złożony w ciągu 3 miesięcy od daty wystąpienia urazu.
- Konsultacje opłacone przez Ubezpieczyciela są udzielane w okresie 6 miesięcy od daty wystąpienia urazu.

Przerwanie podróży

Licencjorbiorca musi przesłać Ubezpieczycielowi następujące informacje i dokumenty:

- Zaświadczenie lekarskie z diagnozą lub aktem zgonu lub wezwanie do sądu lub oświadczenie o utracie w przypadku wystąpienia szkód w domu lub w lokalu służbowym;
- Fakturę wstępną za rezerwację podróży;
- Fakturę na poczet kosztów związanych z rezygnacją lub kosztów niewykorzystanych usług.

Artykuł 8. Ramy prawne

1. Poufność

Ubezpieczyciel zobowiązuje się do podjęcia niezbędnych środków w celu zapewnienia stałej poufności informacji przesłanych do niego w związku z niniejszym ubezpieczeniem, nieujawniania takich informacji ani niewykorzystywania ich do celów innych niż określone w niniejszej polisie ubezpieczeniowej.

2. Subrogacja

Po udzieleniu pomocy lub wypłaceniu odszkodowania, Ubezpieczyciel wstępuje, do wysokości takiej pomocy lub odszkodowania, w prawa i działania ubezpieczonego lub ubezpieczającego wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę.

Jeżeli z przyczyn leżących po stronie ubezpieczonego lub ubezpieczającego subrogacja nie może dłużej obowiązywać na korzyść Ubezpieczyciela, może on zażądać zwrotu wypłaconego odszkodowania do wysokości poniesionej szkody.

Subrogacja nie może zaszkodzić ubezpieczonemu lub ubezpieczającemu, jeżeli otrzymał on tylko częściową rekompensatę. W takim przypadku ubezpieczony lub ubezpieczający może skorzystać ze swoich praw w odniesieniu do należnego salda najlepiej wobec Ubezpieczyciela.

Z wyjątkiem przypadków czynów zabronionych Ubezpieczyciel nie może dochodzić odszkodowania od zstępnych, wstępnych, małżonka i bezpośrednich krewnych ubezpieczonego, ani od osób mieszkających w jego gospodarstwie domowym, jego gości i personelu domowego.

Jednakże ubezpieczyciel może dochodzić odszkodowania od tych osób, o ile ich odpowiedzialność jest skutecznie objęta umową ubezpieczenia.

3. Pomocniczość

Prawo do świadczeń ma charakter dodatkowy i uzupełniający w stosunku do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, prywatnych lub OC płatników składek.

Jeżeli ubezpieczony jest uprawniony do świadczeń na podstawie innej umowy i/lub innej umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona do tej części świadczeń Ubezpieczyciela, która przekracza świadczenia na podstawie innej umowy i/lub innej umowy ubezpieczenia.

W ramach tego ubezpieczenia przyznaje się jednak zaliczkę na poczet tych świadczeń. Spadkobierca musi przenieść na Ubezpieczyciela swoje prawa do wysokości przyznanej zaliczki.

Ubezpieczyciel nie wypłaca żadnych świadczeń w celu zrekompensowania nadwyżki w ramach innej polisy.

4. Odstąpienie od wykonania prawa przysługującego stronie umowy

W odniesieniu do niniejszych świadczeń Ubezpieczyciel działa jako agent lokalny i pośredniczy w świadczeniu określonych usług przez osoby trzecie w imieniu beneficjenta lub ubezpieczonego, w szczególności usług osób trzecich upoważnionych przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za jakość usług świadczonych przez osoby trzecie ani za szkody z nich wynikające.

5. Polityka sankcji

Uznaje się, że żaden ubezpieczyciel (reasekurator) nie udziela ochrony ubezpieczeniowej i żaden ubezpieczyciel (reasekurator) nie jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub świadczenia na podstawie niniejszej Umowy w takim zakresie, w jakim udzielenie takiej ochrony, wypłata takiego roszczenia lub udzielenie takiego świadczenia naraziłoby ubezpieczyciela (reasekuratora) na jakąkolwiek sankcję, zakaz lub ograniczenie na podstawie rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych lub gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

6. Terminy

Należności z tytułu umowy ubezpieczenia są ograniczone do dwóch lat od daty powstania obowiązku, zgodnie z art. 46 szwajcarskiej ustawy o umowach ubezpieczenia.

7. Jurysdykcja i prawo właściwe

Umowa ubezpieczenia podlega prawu szwajcarskiemu. Miejscem jurysdykcji jest siedziba TSM w Chaux-de-Fonds w Szwajcarii, o ile prawo nie wymaga bezwzględnie innego miejsca jurysdykcji.

Informacje dla klienta dotyczące ubezpieczenia (Art. 3 LCA)

1. Partnerzy umowni

Państwa partnerem umownym jest:

TSM Compagnie d'Assurances, Société coopérative, Rue Jaquet-Droz 41, Case postale CH - 2301 La Chaux-de-Fonds is (zwana dalej „Ubezpieczycielem”)

2. Prawo właściwe, podstawa zawarcia umowy

Niniejsza umowa ubezpieczenia podlega prawu szwajcarskiemu. Podstawą umowy są oferty lub polisa, warunki umowy oraz obowiązujące przepisy prawa, w szczególności szwajcarskie prawo federalne dotyczące umów ubezpieczeniowych z dnia 2 kwietnia 1908 r. (LCA), w jego zmienionej wersji z dnia 17 grudnia 2004 r. Polisa jest wystawiana po zaakceptowaniu oferty przez ubezpieczającego.

3. Ryzyko Ubezpieczyciela i zakres ochrony ubezpieczeniowej

Ubezpieczone ryzyka i zakres ochrony ubezpieczeniowej przedstawione są w ofercie/polisie, jak również w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz we wszystkich Warunkach Szczególnych i Warunkach Dodatkowych.

4. Wysokość składki

Wysokość składki zależy od ryzyka ubezpieczonego w ramach polisy oraz zakresu wymaganego ubezpieczenia. Wszystkie informacje o składce i wszelkich opłatach znajdują Państwo w ofercie/polisie.

5. Prawo do zwrotu składki

Jeżeli polisa zostanie unieważniona przed upływem uzgodnionego przez strony okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zwrotu części składki w odniesieniu do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Jednakże składka nie podlega zwrotowi, jeżeli:

- Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie w wyniku likwidacji ryzyka;
- Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie za szkodę częściową, a ubezpieczony anuluje ubezpieczenie w pierwszym roku ubezpieczenia.

6. Okres i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu podanym w ofercie/polisie.

Jeżeli wystawiono certyfikat ubezpieczenia lub tymczasową notę pokrycia, Ubezpieczyciel zapewnia ochronę ubezpieczeniową do czasu wystawienia polisy w zakresie określonym w nocie/ zgodnie z przepisami prawa. Ubezpieczenie jest zawierane na okres wskazany w ofercie. Ubezpieczenia zawarte na czas określony bez klauzuli przedłużenia kończą się automatycznie w dniu podanym w ofercie/polisie.

Ubezpieczający może wówczas wypowiedzieć umowę

ubebezpieczenia w drodze wypowiedzenia:

- po zajściu zdarzenia szkodowego, za które wypłacane jest odszkodowanie, nie później niż 14 dni po powzięciu wiadomości o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela;

- jeżeli Ubezpieczyciel uchybił ustawowemu obowiązkowi informacyjnemu zgodnie z art. 3 ustawy o umowie ubezpieczenia, w którym to przypadku zawiadomienie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia musi być złożone nie później niż 4 tygodnie po powzięciu wiadomości o naruszeniu, a w każdym razie nie później niż rok po naruszeniu obowiązku.

Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia:

- jeżeli Ubezpieczający nie ujawnił istotnych faktów przy zawieraniu ubezpieczenia lub podał Ubezpieczycielowi nieprawdziwe informacje; prawo Ubezpieczyciela do odstąpienia od umowy wygasa po upływie 4 tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku informacyjnego;

Ubezpieczyciel może wypowiedzieć ubezpieczenie w drodze odstąpienia od umowy ubezpieczenia:

- jeżeli ubezpieczony zalega z zapłatą składki, został ostrzeżony, a Ubezpieczyciel zdecydował się nie dochodzić zapłaty składki;

- jeżeli Ubezpieczający nie dopełni obowiązku współpracy przy badaniu stanu faktycznego; w takim przypadku Ubezpieczyciel ma prawo, po upływie dodatkowego okresu dwóch tygodni uzgodnionego na piśmie, do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 2 tygodni z mocą wsteczną;

- w przypadku oszustwa ubezpieczeniowego.

Lista możliwości wypowiedzenia umowy ubezpieczenia nie jest wyczerpująca. Dalsze możliwości wypowiedzenia ubezpieczenia są określone w warunkach polisy oraz w przepisach ustawowych LCA.

7. Przetwarzanie danych

Ubezpieczyciel jest uprawniony do uzyskania i przetwarzania danych niezbędnych do obsługi ubezpieczenia i roszczeń. Ubezpieczyciel jest również uprawniony do uzyskania niezbędnych informacji od osób trzecich oraz do wglądu w oficjalne dokumenty. Ubezpieczyciel zobowiązuje się traktować uzyskane informacje jako poufne. Dane są przechowywane fizycznie i/lub elektronicznie.

W razie potrzeby dane są przekazywane zainteresowanym stronom trzecim, a mianowicie współubebezpieczycielom, reasekuratorom i innym niezarejestrowanym ubezpieczycielom w tym kraju i za granicą. Ponadto informacje mogą być przekazywane innym odpowiedzialnym stronom trzecim i ich ubezpieczycielom w celu dochodzenia roszczeń.

