ERGO HESTIA

UMOWA GENERALNA NR SZ50/001706/21/A

zawarta w dniu 17.12.2021 r. w Płocku pomiędzy:

Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000024812, NIP 585-000-16-90. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł, posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu Ustawy z dnia 8 marca 2013r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych

zwana w dalszej części umowy **Ubezpieczycielem** lub **ERGO Hestia**, reprezentowana przez:

Renatę Kacała – Kierownika Zespołu Ubezpieczeń

a

Okręgową Izbą Lekarską w Płocku z siedzibą w Płocku, przy ul. Kościuszki 8, 09-402 Płock, REGON 004737447, NIP: 7742347984,

zwaną w dalszej części umowy **Ubezpieczającym** lub **OIL w Płocku**, reprezentowaną przez:

Ryszarda Mońdziela – Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku

Artura Gałeckiego – Skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku

zwanymi dalej razem Stronami, a z osobna Stroną,

ERGO HESTIA

§ 1

1 Niniejsza Umowa zostaje zawarta z Ubezpieczycielem przez Ubezpieczającego na rachunek osób zwanych dalej Ubezpieczonymi.

2. Ubezpieczonymi na podstawie niniejszej Umowy są lekarze – członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, którzy

a Zostali objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach:

- Obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, w przypadku, gdy Ubezpieczony podlega pod obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- Dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, dla którego suma gwarancyjna wynosi 300 000 PLN na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia, w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega pod obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

b W pozostałym zakresie złożyli deklarację ubezpieczeniową („Deklaracja"), której wzór stanowi Załącznik nr 5, wyrazili wobec Ubezpieczającego zgodę na finansowanie składki.

3 Ubezpieczeni składając deklarację przystąpienia dokonują wyboru rodzaju ubezpieczenia spośród wymienionych w pkt 1-3:

1) dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarza wraz z Klauzulą kosztów ochrony prawnej,
2) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków wraz z Klauzulą ubezpieczenia na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW (A, B, C, D), Klauzulą agresji ze strony pacjenta oraz Klauzulą Ubezpieczenia Utraty Dochodu z powodu czasowej niezdolności do wykonywania pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
3) ubezpieczenie kosztów leczenia podczas podróży

4 Potwierdzeniem przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy będzie

a W zakresie ochrony ubezpieczeniowej o której mowa w ust 2 lit a), certyfikat ubezpieczeniowy stanowiący Załącznik nr 6a do Umowy

b. W pozostałym zakresie o którym mowa w ust 3, indywidualny certyfikat („Certyfikat"), którego wzór stanowi Załącznik nr 6b do Umowy.

5 Zakres ubezpieczeń, o których mowa w ust 2 oraz ust. 3, został określony w Programie Ubezpieczenia, stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy, zaś w obszarze nieuregulowanym w Programie Ubezpieczenia zastosowanie mają :

1) w odniesieniu do ubezpieczenia o którym mowa w par. 1 ust 2 lit a) tiret pierwsze, – Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz U. nr 124 poz. 1152 z późn. zm.);
2) w odniesieniu do ubezpieczenia o którym mowa w 1 ust 2. lit a) tiret drugie oraz par 1 ust 3 pkt 1 – Ogólne Warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 24 września 2018 r. (kod. OC/OWO33/1809),
3) w odniesieniu do ubezpieczeń o których mowa w par. 1 ust. 3 pkt 2 i 3 – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes&Podróż z dnia 1 sierpnia 2021 r. (kod. PAT/OW071/2108).

6. Warunki ubezpieczeń, o których mowa w ust 5, stanowią Załączniki nr 2-4 do Umowy.

7 Wysokość składki za poszczególne ubezpieczenia została określona w Programie Ubezpieczenia, stanowiącym załącznik nr 1 do Umowy.

8 W imieniu i na rzecz Ubezpieczającego działa Broker – Mentor S.A. z siedzibą przy ul. Szosa Chełmińska 177-181, 87-100 Toruń („Broker"), z uwzględnieniem § 2 ust 5 niniejszej umowy

§ 2

1. Ubezpieczający będzie udostępniał swoim członkom portal internetowy zwany dalej „Portalem", z poziomu którego będzie zapewniał im możliwość przystąpienia do niniejszej Umowy". Ubezpieczający oświadcza ponadto, że czynności niezbędne do prawidłowego wykonania niniejszej Umowy będzie realizował za pośrednictwem Portalu oraz innych środków porozumiewania się na odległość. W związku z powyższym Ubezpieczający oświadcza i zapewnia, że funkcjonalności Portalu przewidują i zapewniają możliwość

prawidłowego wykonania niniejszej Umowy, w tym skutecznego składania przez osoby zainteresowane przystąpieniem do ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy wymaganych zgód i oświadczeń oraz składania Deklaracji.

2. Ubezpieczający będzie przesyłał Ubezpieczonym – za pośrednictwem Portalu – Certyfikat, zgodny ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 6b do Umowy.
3. Ubezpieczający będzie przesyłać raport zawierający wykaz wszystkich Certyfikatów wygenerowanych w danym miesiącu w formie pliku elektronicznego, na adres mailowy orbit@ergohestia.pl i do wiadomości do Underwritera prowadzącego Umowę w Przedstawicielstwie Korporacyjnym w Szczecinie na adres mailowy anna.kieliba@ergohestia.pl za okres od 1 do ostatniego dnia danego miesiąca – w terminie do 3 dnia roboczego następnego miesiąca.
4. Ubezpieczający na każdy wniosek Ubezpieczyciela zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 4 dni roboczych, przekazać Ubezpieczycielowi wszelkie dokumenty i informacje, którymi dysponuje, związane z obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową, a dotyczącą obowiązków i odpowiedzialności Ubezpieczyciela, ustalaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz realizacją roszczeń. Ubezpieczający zobowiązany jest należycie zabezpieczyć i przechowywać powyższe dokumenty i informacje (w tym także logi portalowe)
5. Ubezpieczający wykonuje wskazane powyżej czynności za pośrednictwem brokera, któremu zleci je w ramach umocowania o którym mowa w ust. 6
6. Zakres umocowania Brokera do występowania w imieniu Ubezpieczającego w postaci dodatkowego dokumentu stanowi Załącznik nr 9 do Umowy.

§ 3

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem wskazanym w :
   a. Umowie generalnej w zakresie ochrony ubezpieczeniowej o której mowa w ust. 2 lit a)
   b. Certyfikacie w przypadku ubezpieczeń określonych w ust. 3.

   i trwa do końca trwania umowy wskazanej w ust. 2 lit a) nie dłużej jednak niż 12 miesięcy z zastrzeżeniem par. 3. ust. 3 i 7.
2. Składka rozliczana będzie pro rata temporis tj. proporcjonalnie za okres trwania ubezpieczenia.
3. Każdy z Ubezpieczonych może w dowolnym momencie wystąpić z umowy ubezpieczenia poprzez wypełnienie deklaracji wystąpienia, która stanowi załącznik nr 7 do Umowy.
4. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego następuje z datą wskazaną przez Ubezpieczonego w deklaracji wystąpienia.
5. Składka należna Ubezpieczycielowi z tytułu Certyfikatów wygenerowanych w danym miesiącu będzie płatna przez Ubezpieczającego w terminie do 4-go dnia roboczego miesiąca następnego po miesiącu wystawienia Certyfikatu, na rachunek bankowy Ubezpieczyciela nr 33 1240 5400 1111 0000 4916 5924
6. W przypadku zapłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej wyższej niż wynika to z postanowień umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci nadpłatę Ubezpieczającemu w terminie 7 dni roboczych od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego wezwania oraz dokumentacji potwierdzającej fakt zaistnienia opisanej wyżej nieprawidłowości, na rachunek wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego albo za zgodą Ubezpieczającego nadpłata może być zaliczona na poczet przyszłych należności.
7. W przypadku nie zapłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej lub zapłacenia jej w wysokości niższej niż wynika to z postanowień umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Ubezpieczycielowi należnej składki w terminie 7 dni roboczych od otrzymania od Ubezpieczyciela pisemnego wezwania w którym Ubezpieczający zostanie uprzedzony, że brak zapłaty składki w wyznaczonym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie będzie żądać od Ubezpieczającego zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.
8. Czynności obsługi ubezpieczeń w zakresie rozliczeń składki, określone w ust. 4-6 powyżej Ubezpieczający zleca brokerowi na podstawie umocowania określonego powyżej.
9. Czynności obsługi ubezpieczeń będą wykonywane m.in. za pośrednictwem platformy administrowanej przez brokera – poil.mentor.pl, zgodnie z regulaminem platformy.

§ 4

W przypadku zdarzenia objętego ubezpieczeniem należy zgłosić szkodę do ERGO Hestii pod numerem telefonu 0 801 107 107 lub 058 555 5 555, wysyłając wiadomość na adres e-mail.

ERGO HESTIA

brokerszkody@ergohestia.pl albo pisemnie na adres: STU Ergo Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

§ 5

1. Niniejsza Umowa Generalna obowiązuje od dnia 01.01.2022 r. i zostaje zawarta na czas nieokreślony.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej w postaci aneksu.
3. Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą Umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, przy czym wypowiedzenie Umowy nie ma wpływu na ochronę ubezpieczeniową Ubezpieczonych, która trwa do końca okresu ubezpieczenia, o którym mowa w par. 3.
4. Niniejsza Umowa podlega prawu polskiemu
5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.
6. Spory wynikające z Umowy rozstrzygane będą przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby powoda
7. Umowa została sporządzone w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron

.....
Ubezpieczyciel

.....
Ubezpieczający

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Program Ubezpieczenia.
2. Załącznik nr 2 – Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym wraz z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Załącznik nr 3 – Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 24 września 2018 r. (kod: OC/OWO33/1809)
4. Załącznik nr 4 – Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Biznes&Podróż z dnia 1 sierpnia 2021 r. (kod: PAT/OW071/2108).
5. Załącznik nr 5 – Wzór Deklaracji ubezpieczeniowej.
6. Załącznik nr 6a – Wzór Certyfikatu ubezpieczeniowego dla ubezpieczeń w formie obligatoryjnej.
7. Załącznik nr 6b - Wzór Certyfikatu ubezpieczeniowego dla ubezpieczeń w formie fakultatywnej
8. Załącznik nr 7 – Wzór Deklaracji wystąpienia z programu ubezpieczeń
9. Załącznik nr 8 – Wzór aneksu.
10. Załącznik nr 9 – Umocowanie brokera do wykonywania czynności obsługowych

ERGO HESTIA

Załącznik nr 1 do UG SZ50/001706/21/A	
PROGRAM UBEZPIECZENIA DO UMOWY GENERALNEJ SZ50/001706/21/A	
1) UBEZPIECZENIE OBOWIĄZKOWE	
Ubezpieczający	Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
Ubezpieczony	Lekarze- Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku
Okres ubezpieczenia	12 Miesięcy
Warunki ubezpieczenia	Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą
Zakres ubezpieczenia	Zgodny z ww. Rozporządzeniem MF, przy czym: 1) Ubezpieczyciel rezygnuje z prawa regresu, które przysługuje mu na podstawie art. 11 ust.3 Ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK także w sytuacji, gdy szkoda wynika z rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego lub jest przez niego wyrządzona pod wpływem alkoholu lub środków odurzających 2) Ubezpieczyciel w granicach sumy gwarancyjnej Ubezpieczonego pokrywa koszty wynikłe ze środków pojętych w celu zmniejszenia szkody lub zapobieżenia zwiększenia się jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby stały się bezskuteczne 3) Ubezpieczyciel w granicach sumy gwarancyjnej pokrywa koszty obrony w postępowaniu karnym i zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym podjęte za jego zgodą 4) Ubezpieczyciel w granicach sumy gwarancyjnej pokrywa koszty postępowania przedsądowego, postępowania cywilnego, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego prowadzonego w związku ze zgłoszonymi przez poszkodowanego roszczeniami odszkodowawczymi, podjętego na polecenie lub za zgodą Ubezpieczyciela

	5) Ubezpieczyciel pokrywa koszty opinii biegłych i rzeczoznawców powołanych przez Ubezpieczonego
Suma Gwarancyjna/12 miesięcy/osoba	75.000 Euro na zdarzenie i 350.000 Euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia
	Ubezpieczyciel nie stosuje od powyższej składki zwyżek, również w przypadku osób pracujących w pogotowiu ratunkowym, SOR, Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej

2) UBEZPIECZENE DOBROWOLNE

znajduje zastosowanie w sytuacji:
nie podlegania przez lekarza ubezpieczeniu oc obowiązkowemu,
wyczerpania sumy gwarancyjnej oc obowiązkowego (ubezpieczenie nadwyżkowe)
wykonywania czynności zawodowych nieobjętych zakresem ubezpieczenia oc obowiązkowego

Ubezpieczający	Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
Ubezpieczony	Lekarze- członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku
Okres ubezpieczenia	12 miesięcy
Warunki ubezpieczenia	OWU OC lekarzy, farmaceutów i innych osób świadczących usługi o charakterze medycznym z dnia 24-09-2018
Zakres ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia obejmuje między innymi: - Odpowiedzialność cywilną deliktową w związku z udzielaniem bądź zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych - Odpowiedzialność cywilną kontraktową w związku z udzielaniem bądź zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych - Odpowiedzialność cywilną niezależnie od formy prowadzenia przez lekarza działalności (umowa o pracę, kontrakt, indywidualna praktyka lekarska), w tym za szkody powstałe wskutek wykonywania: • czynności udzielenia pierwszej pomocy, • czynności zawodowych w ramach wolontariatu, rezydentury, stażu, praktyk, szkoleń - Pracowniczą odpowiedzialność regresową (jeśli ubezpieczony równocześnie zatrudniony jest na umowę o pracę), - Szkody wyrządzone w skutek rażącego niedbalstwa, - Szkody będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek

	pacjentów, w tym nieuprawnionym ujawnieniem dokumentacji medycznej (sublimit 50.000 pln/osoba) - szkody w mieniu i na osobie wynikłe z niesienia pierwszej pomocy, a powstałe na terenie całego świata (z wyłączeniem USA i Kanady) Zmienia się definicję wypadku zawartą w par.4 punkt 11 OWU na czynność zawodową, co powoduje zmianę czasowego zakresu ochrony w OWU z triggera loss occurrance na trigger act committed. Oznacza to, że Ergo Hestia obejmuje ochroną szkody będące następstwem uchybień przy wykonywaniu zawodu w służbie zdrowia przez Ubezpieczonego do których doszło w okresie ubezpieczenia, niezależnie od tego kiedy powstała szkoda i kiedy zostało zgłoszone roszczenie z tego tytułu (z zastrzeżeniem ustawowych terminów przedawnienia roszczeń).
	Ubezpieczyciel nie stosuje od powyższej składki zwyżek, również w przypadku osób pracujących w pogotowiu ratunkowym, SOR, Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
Składka ubezpieczeniowa za 12 miesięcy w wariancie fakultatywnym:	**I GRUPA RYZYKA***
	Suma gwarancyjna 100 000 PLN – składka 50 PLN Suma gwarancyjna 200 000 PLN – składka 73 PLN Suma gwarancyjna 300 000 PLN – składka 86 PLN Suma gwarancyjna 400 000 PLN – składka 99 PLN Suma gwarancyjna 500 000 PLN – składka 110 PLN Suma gwarancyjna 600 000 PLN – składka 120 PLN Suma gwarancyjna 800 000 PLN – składka 135 PLN Suma gwarancyjna 1 000 000 PLN – składka 150 PLN Suma gwarancyjna 2000 000 PLN – składka 320 PLN Suma gwarancyjna 3 000 000 PLN – składka 410 PLN Suma gwarancyjna 4 000 000 PLN – składka 500 PLN Suma gwarancyjna 5 000 000 PLN – składka 619 PLN
	II GRUPA RYZYKA
	Suma gwarancyjna 100 000 PLN – składka 100 PLN Suma gwarancyjna 200 000 PLN – składka 150 PLN Suma gwarancyjna 300 000 PLN – składka 175 PLN Suma gwarancyjna 400 000 PLN – składka 200 PLN Suma gwarancyjna 500 000 PLN – składka 225 PLN Suma gwarancyjna 600 000 PLN – składka 240 PLN Suma gwarancyjna 800 000 PLN – składka 270 PLN Suma gwarancyjna 1 000 000 PLN – składka 300 PLN

ludzkich

- Szkody wyrządzone przez pracowników/ podwykonawców Ubezpieczonego bez prawa regresu, w tym szkody wyrządzone przez osoby odbywające u Ubezpieczonego praktyki zawodowe (wolontariuszy, rezydentów itp.) w związku z wykonywaniem czynności zawodowych pod jego kierownictwem.
- Szkody wyrządzone przez urządzenia medyczne
- Szkody w mieniu i na osobie wynikłe z naruszenia praw pacjenta rozumianych zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)
- Szkody w mieniu i na osobie wynikłe z udziału lekarza w eksperymentach medycznych, przy czym ubezpieczenie nie zastępuje ubezpieczenia obowiązkowego do którego zawarcia Ubezpieczony jest zobowiązany zgodnie z przepisami prawa

Zakres ubezpieczenia rozszerza się o:

- szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych, w tym HIV/WZW (sublimit do wysokości sumy gwarancyjnej, jednak nie więcej niż 1.000.000 pln/osoba)
- szkody na osobie powstałe w związku z zabiegami medycyny estetycznej oraz chirurgii plastycznej (sublimit 100.000 pln na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia/osoba)
- szkody w mieniu i na osobie wynikłe ze stosowania urządzeń rentgenowskich i/lub laserowych, (sublimit do wysokości sumy gwarancyjnej, jednak nie więcej niż 500.000 pln/osoba)
- zadośćuczynienia, do których zobowiązany będzie Ubezpieczony w następstwie naruszenia praw pacjenta (rozumianych zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) (sublimit 50.000 pln na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia)
- szkody w mieniu i na osobie powstałe w związku z przekroczeniem terminu świadczeń medycznych, spowodowanego uchybieniami natury organizacyjnej, administracyjnej, porządkowej (sublimit 25.000 pln/osoba)
- szkody w mieniu i na osobie wyrządzone personelowi tej samej jednostki organizacyjnej
- szkody w mieniu i na osobie wyrządzone osobom bliskim Ubezpieczonego
- szkody w mieniu osobistego użytku stanowiące własność pacjentów: sublimit: 1 000 pln/osoba
- szkody w mieniu pracodawcy z wyłączeniem szkód w wartościach pieniężnych i pojazdach mechanicznych, w tym polegających na utracie mienia (sublimit 50.000 pln/osoba)
- szkody w mieniu i na osobie wynikłe z posiadania mienia na potrzeby wykonywania czynności zawodowych, w tym w mieniu nieruchomym i ruchomym będącym przedmiotem najmu/dzierżawy (sublimit 50.000 pln/osoba)
- czyste straty finansowe wynikłe z przetwarzania danych

	Suma gwarancyjna 2 000 000 PLN – składka 650 PLN Suma gwarancyjna 3 000 000 PLN – składka 760 PLN Suma gwarancyjna 4 000 000 PLN – składka 970 PLN Suma gwarancyjna 5 000 000 PLN – składka 1490 PLN **III GRUPA RYZYKA** Suma gwarancyjna 100 000 PLN – składka 210 PLN Suma gwarancyjna 200 000 PLN – składka 310 PLN Suma gwarancyjna 300 000 PLN – składka 370 PLN Suma gwarancyjna 400 000 PLN – składka 415 PLN Suma gwarancyjna 500 000 PLN – składka 460 PLN Suma gwarancyjna 600 000 PLN – składka 490 PLN Suma gwarancyjna 800 000 PLN – składka 560 PLN Suma gwarancyjna 1 000 000 PLN – składka 630 PLN Suma gwarancyjna 2 000 000 PLN – składka 1300 PLN Suma gwarancyjna 3 000 000 PLN – składka 1680 PLN Suma gwarancyjna 4 000 000 PLN – składka 2058 PLN Suma gwarancyjna 5 000 000 PLN – składka 2800 PLN

3) UBEZPIECZENIE OCHRONY PRAWNEJ

Ubezpieczony może wykupić ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej zgodnie z poniższą klauzulą dodatkową pod warunkiem zawarcia ubezpieczenia OC zgodnie z p. 2 niniejszej oferty

Sublimit w PLN /osoba	**Składka roczna w PLN /osoba**
Wariant Minimum	
50.000 PLN	70
100.000 PLN	130
Wariant Premium	
100.000 PLN	220
200.000 PLN	310

Klauzula kosztów ochrony prawnej

1. Na podstawie niniejszej klauzuli rozszerza się zakres ubezpieczenia o koszty pomocy prawnej poniesione na rzecz ochrony interesów prawnych Ubezpieczonego, pod warunkiem, że są one związane z czynnościami zawodowymi Ubezpieczonego, oraz dotyczą wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia.

W przypadku Członków Izby, którzy przed przystąpieniem do klauzuli ubezpieczenia ochrony prawnej w ramach programu ubezpieczeń, posiadali ubezpieczenie kosztów ochrony prawnej poza programem, zastosowanie ma data retroaktywna o następującym brzmieniu:

Zakres czasowy ochrony obejmuje również roszczenia / postępowania cywilne wniesione w okresie ubezpieczenia, dla których moment powstania pierwotnej przyczyny (działanie lub zaniechanie Ubezpieczonego) nie nastąpił wcześniej niż przed 36 miesiącami licząc od daty początku okresu ubezpieczenia oraz tylko pod warunkiem, że Ubezpieczony nie wiedział o możliwości wystąpienia roszczenia.

2. Przez użyte w treści klauzuli określenie wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego należy rozumieć wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego z tytułu zastępstwa procesowego lub obrony

pokrywane do wysokości ustalonej zgodnie z odpowiednimi przepisami regulującymi wysokość trzykrotnc (sześciokrotności w wariancie Premium) minimalnego wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku takich przepisów stosuje się odpowiednie przepisy stanowiące podstawę zasądzania przez sądy kosztów zastępstwa prawnego lub obrony dla adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku również takich przepisów stosuje się odpowiednio przepisy regulujące zasady ponoszer przez państwo (Skarb Państwa) kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu.

3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty pomocy prawnej związane z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, które powstały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Pomoc prawna, o której mowa w ust. 3, obejmuje refundację kosztów koniecznych do dochodzenia lub obrony interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie wszystkich gałęzi prawa polskiego (z zastrzeżeniem wyłączeń wskazanych w ust 6 niniejszej klauzuli), a w szczególności dotyczących:

- obrony ubezpieczonego w postępowaniach cywilnych, karnych, w sprawach o wykroczenie oraz administracyjnych związanych z wykonywanym zawodem,
- dochodzenia przez ubezpieczonego własnych roszczeń odszkodowawczych powstałych w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego zawodu, w tym z tytułu jego zniesławienia lub znieważenia
- obrony ubezpieczonego w zakresie postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych;
- ochroną interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie ochrony danych osobowych (dotyczy wariantu Premium)
- ochrona interesów prawnych w zakresie sporów z NFZ i ZUS (dotyczy wariantu Premium)

5. Ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie wskazanym w ust. 4 zrefundować Ubezpieczonemu koszty pomocy prawnej, o ile będą one niezbędne do reprezentowania jego zasadnych interesów prawnych, w szczególności:

1. koszty wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego;
2. koszty sądowe, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych w postępowaniu sądowym oraz koszty postępowania egzekucyjnego;
3. koszty opinii prawnych
4. opłaty i koszty w postępowaniu przed organami administracji państwowej i samorządowej, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych w tym postępowaniu oraz koszty egzekucji administracyjnej;
5. zwrotne koszty poręczenia majątkowego przewidzianego dla uniknięcia tymczasowego aresztowania, maksymalnie do wysokości połowy sumy ubezpieczenia
6. koszty tłumaczenia dokumentów;
7. koszty podróży do sądu, jeżeli stawiennictwo ubezpieczonego było obowiązkowe;
8. koszty mediacji na każdym etapie (pozasądowej, przedsądowej, sądowej);
9. koszty zasądzone od Ubezpieczonego na rzecz strony przeciwnej lub Skarbu Państwa (w tym również koszty zasądzone przez sąd z tytułu udziału w postępowaniu karnym oskarżyciela posiłkowego);
10. koszty postępowania przed sądem polubownym, w tym wynagrodzenie i zwrot wydatków arbitra, koszty postępowania wszczętego na skutek skargi o uchylenie wyroku sądu polubownego oraz koszty wszelkich postępowań prowadzonych wskutek środków zaskarżenia określonych w art. 1208 par. 3 k.p.c. oraz koszty postępowania o uznanie albo stwierdzenie wykonalności wyroku sądu polubownego lub ugody przed nim zawartej;
11. koszty postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku wariantu Minimum koszty obrony pokrywane są od momentu wszczęcia postępowania

przeciwko ubezpieczonemu.

W przypadku wariantu Premium koszty dotyczą każdego etapu ochrony interesów prawnych ubezpieczonego.

6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje obrony interesów prawnych:
1) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautami, trzęsieniami ziemi;
2) pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku ze szkodami nuklearnymi wywołanymi przez reaktory jądrowe albo ze szkodami genetycznymi spowodowanymi promieniowaniem radioaktywnym, jeśli szkody te nie zostały spowodowane wskutek opieki medycznej;
3) z zakresu prawa handlowego, prawa spółek handlowych, umów agencyjnych, prawa funduszy inwestycyjnych, prawa obligacji, papierów wartościowych, prawa spółdzielczego i prawa dotyczącego spółdzielni mieszkaniowych, prawa o stowarzyszeniach i związkach zawodowych oraz z zakresu zbiorowego prawa pracy i zbiorowego prawa regulującego status urzędników państwowych i samorządowych;
4) wynikających z umów o pracę lub innych stosunków prawnych dotyczących pełnienia funkcji członków ustawowych organów osób prawnych;
5) z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji;
6) pozostającymi w związku z grą i zakładem oraz transakcjami terminowymi i spekulacyjnymi;
7) z umów poręczenia i przejęcia długów;
8) z zakresu prawa budowlanego oraz pozostających w związku z:
a) nabyciem albo zbyciem nieruchomości przeznaczonej pod zabudowę;
b) planowaniem, projektowaniem lub budową budynku albo części budynku, które są własnością lub znajdują się w posiadaniu Ubezpieczonego albo też Ubezpieczony zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
c) przebudową nieruchomości, budynku lub części budynku, jeśli do jej dokonania konieczne jest uzyskanie jakichkolwiek zezwoleń lub pozwoleń, a nieruchomość, budynek lub część budynku są własnością lub znajdują się w posiadaniu Ubezpieczonego albo też Ubezpieczony zamierza je nabyć lub objąć w posiadanie;
d) finansowaniem przedsięwzięć określonych w punktach a)-c);
9) z zakresu prawa górniczego i geologicznego, w szczególności w związku ze szkodami na nieruchomościach, spowodowanymi ruchem zakładu górniczego;
10) z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych, a także prawa karnego skarbowego;
11) z zakresu prawa prasowego;
12) prawa ochrony danych osobowych (dotyczy wariantu Minimum);
13) w postępowaniu przed Trybunałem Konstytucyjnym, sądami konstytucyjnymi oraz trybunałami międzynarodowymi, chyba że postępowanie dotyczy obrony interesów prawnych pracowników organizacji międzynarodowych w zakresie stosunków pracy albo publicznoprawnych stosunków zatrudnienia;
14) w związku z postępowaniem układowym, naprawczym albo upadłościowym, które zostało albo ma zostać wszczęte;
15) w związku z planem zagospodarowania przestrzennego, podziałem, scalaniem i wywłaszczaniem nieruchomości oraz prywatyzacją, reprywatyzacją i innymi przekształceniami własnościowymi o podobnym charakterze;
16) w związku z posiadaniem pojazdów mechanicznych;
17) sporów pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia,

18)sporów z NFZ (dotyczy wariantu Minimum),

19 sporów z ZUS (dotyczy wariantu Minimum),

7. Ubezpieczony, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest:
1) niezwłocznie poinformować w drodze pisemnej Ubezpieczyciela o zaistnieniu wypadku powodującego konieczność poniesienia kosztów i jego okolicznościach, przekazując wszelkie informacje, dokumenty, dowody i korespondencję;
2) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu wyjaśnienia wszelkich okoliczności i przyczyn postania szkody oraz ustalenia jej rozmiaru, w tym udzielać wszelkich wyjaśnień o stanie sprawy na

żądanie Ubezpieczyciela.

8. Ubezpieczony zobowiązany jest dodatkowo:
1) na uzasadnione żądanie Ubezpieczyciela przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego przeprowadzić przedsądowe postępowanie, zmierzające do korzystnego dla Ubezpieczonego zakończenie sprawy.
2) na uzasadnione żądanie Ubezpieczyciela złożyć tylko zawezwanie do próby ugodowej albo powództwo częściowe i wstrzymać się z dochodzeniem pozostałych roszczeń do momentu uprawomocnienia się orzeczenia co do części roszczenia;
3) wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia się toczącego się już innego postępowania sadowego, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczenia przez Ubezpieczonego;
4) nie zawierać ugody bez uzyskania uprzedniej pisemnej akceptacji Ubezpieczyciela na jej zawarcie i warunki. W szczególności warunki ugody nie mogą nakładać na Ubezpieczonego obowiązku poniesienia kosztów wyższych niż wynikałoby to z orzeczenia sądu w takim zakresie.

9. Ubezpieczonemu przysługuje prawo swobodnego wyboru adwokata lub radcy prawnego w zakresie obrony, reprezentowania lub wspierania jego interesów w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie skorzysta z opisanego powyżej prawa w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela, nie krótszym niż 14 dni, nie wskaże imiennie żadnego adwokata lub radcy prawnego, Ubezpieczyciel jest uprawniony do wskazania adwokata lub radcy prawnego w imieniu Ubezpieczonego. Prawo do wskazania Ubezpieczonemu adwokata lub radcy prawnego każdorazowo przysługuje Ubezpieczycielowi w postępowaniu przedsądowym. W przypadku gdy ze zgłoszeniem wypadku ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie wskazał imiennie żadnego adwokata lub radcy prawnego, a wymagana jest niezwłoczna reprezentacja adwokata lub radcy prawnego dla ochrony prawnych interesów Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel jest uprawniony do wyboru w imieniu Ubezpieczonego adwokata lub radcy prawnego. W przypadkach określonych powyżej Ubezpieczony udzieli wskazanemu przez Ubezpieczyciela adwokatowi lub radcy prawnemu stosownego pełnomocnictwa.

10. Ubezpieczony jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania Ubezpieczyciela o rozwoju sprawy.

11. Za wykonanie zlecenia adwokat lub radca prawny ponosi w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednią odpowiedzialność.

12. W ramach udzielonej ochrony Ubezpieczyciel dokonuje oceny sytuacji faktycznej i prawnej oraz podejmuje decyzję o uznaniu lub nie uznaniu roszczenia Ubezpieczonego i wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia.

*Rozróżnia się trzy grupy ryzyka, według których zaszeregowane są osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej:

a. lekarze III grupy - specjalizacja: ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia stomatologiczna, chirurgia naczyniowa, anestezjologia i intensywna terapia, intensywna terapia, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia szczękowo-twarzowa, ginekologia onkologiczna, kardiochirurgia, neurochirurgia, położnictwo i ginekologia, chirurgia dziecięca, urologia, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, urologia dziecięca, medycyna ratunkowa, neonatologia;
b. lekarze II grupy - specjalizacja: ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, radioterapia onkologiczna, stomatologia zachowawcza, medycyna sportowa, stomatologia dziecięca

c. lekarze I grupy - specjalizacja: lekarze pozostałych specjalności nie wymienionych w pkt a. lub pkt b.

4) UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW Zakres ubezpieczenia całodobowy I klasa ryzyka Zawał serca/udar mózgu		
Warunki ubezpieczenia	Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes & Podróż (kod: PAT/OW071/2108)	
Przedmiot ubezpieczenia	Następstwa Nieszczęśliwych wypadków doznanych na całym świecie	
	Świadczenia podstawowe	Suma Ubezpieczenia
Zakres ubezpieczenia	• śmierć wskutek NW • trwały uszczerbek wskutek NW • nabycie środków pomocniczych, protez i innych przedmiotów ortopedycznych: • przeszkolenie zawodowe inwalidów • odbudowa stomatologiczna zębów • assistance związany z NNW na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: a) wizyta lekarza, b) wizyta pielęgniarki, c) dostarczenie do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza d) transport z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej e) transport z placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego f) pomoc domowa g) pomoc psychologiczna h) opieka nad dziećmi i) opieka nad psami i kotami j) informacja o placówkach medycznych, stanie zdrowia poszkodowanego itp.	• 50 000 PLN • 50 000 PLN (1% trwałego uszczerbku na zdrowiu z SU) • 5 000 PLN • 5 000 PLN • 2 000 PLN (nie więcej niż 200 PLN za każdy ząb) • Zgodnie z OWU B&P
Składka	**115 PLN**	
DODATKOWY ZAKRES UBEZPIECZENIA:		
A) Klauzula HIV/WZW (załącznik nr 1)		
	Świadczenia	**Suma Ubezpieczenia**

Zakres ubezpieczenia	• badania na obecność wirusów • koszt leczenia antyretrowirusowego • jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV • jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW (A, B, C, D, E)	• 1 000 PLN • 4 000 PLN • 20 000 PLN • 20 000 PLN
Składka	**55 PLN**	

B) Klauzula Utraty Dochodu z powodu czasowej niezdolności do wykonywania pracy w wyniku następstw nieszczęśliwych wypadków lub nagłego zachorowania (załącznik nr 2)

	Świadczenia	Suma Ubezpieczenia
Zakres ubezpieczenia	• Za każdy dzień czasowej niezdolności do wykonywania pracy przez lekarza począwszy od 1 dnia niezdolności, trwającej nie dłużej niż 1 rok	• 164 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 60 000 PLN (składka 928 zł) • 329 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 120 000 PLN (składka 1857 zł) • 493 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 180 000 PLN (składka 2784 zł)
	• Za każdy dzień czasowej niezdolności do wykonywania pracy przez lekarza począwszy od 31 dnia niezdolności, trwającej nie dłużej niż 1 rok	• 179 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 60 000 PLN (składka 226 zł) • 358 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 120 000 PLN (składka 453 zł) • 537 PLN za każdy dzień niezdolności, nie więcej niż 180 000 PLN (składka 678 zł)
Składka	**W zależności od SU**	

C) Klauzula naruszenia nietykalności cielesnej lekarza (załącznik nr 3)

	Świadczenia	Suma Ubezpieczenia
Zakres ubezpieczenia	Naruszenie nietykalności cielesnej lekarza przez osoby trzecie	500 PLN
Składka	**20 PLN**	

5) KOSZTY LECZENIA PODCZAS PODRÓŻY

	Świadczenia podstawowe	Suma Ubezpieczenia
Zakres ubezpieczenia	• Koszty leczenia • Koszty transportu i repatriacji • Koszty ratownictwa • Nagłe leczenie stomatologiczne	• 500 000 PLN • Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • 15 000 PLN • 2 000 PLN

	• Bagaż • OC podczas podróży • Assistance: a) Gwarancja pokrycia kosztów leczenia b) Organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza c) Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia d) Organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu e) Pomoc finansowa f) Złożenie kaucji g) Zastępstwo procesowe	• 5 000 PLN • Szkody na: a) mieniu 250 000 PLN b) osobie 250 000 PLN • Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • 2 000PLN • 8 000 PLN • 8 000 PLN
	Świadczenia dodatkowe:	Suma Ubezpieczenia
	• Choroby przewlekłe • Klauzula alkoholowa*	• Do wysokości sumy ubezpieczenia KL • Do wysokości sumy ubezpieczenia
Składka	**450 PLN**	

*Klauzula alkoholowa – z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą klauzulą, postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż postanawia się, że z ochrony ubezpieczeniowej nie jest wyłączony nieszczęśliwy wypadek kiedy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, którego poziom we krwi przekroczył 0,5‰ lub 0,25 mg alkoholu w 1 dm3 w wydychanym powietrzu z zastrzeżeniem, że nie pozostawało to w związku przyczynowo skutkowym z wypadkiem powodującym szkodę. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy Ubezpieczony prowadził wszelkiego rodzaju pojazdy i był sprawcą wypadku, gdzie zastosowanie mają obowiązujące przepisy dla kierowców pojazdów kraju na terenie, którego wydarzył się nieszczęśliwy wypadek.

Anna Sikorska-Nowik

Biuro Ubezpieczeń Korporacyjnych

Dział Ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej

STU ERGO HESTIA SA

Załącznik nr 1

KLAUZULA UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZAKAŻENIA HIV i/lub WZW (A, B, C, D)

§ 1
Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż ustala się, że zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o ubezpieczenie na wypadek zakażenia HIV i/lub WZW.

§ 2
Limity odpowiedzialności oraz składka zostały określone w umowie.

Zakres	Suma Ubezpieczenia
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	1 000 PLN
Koszt leczenia antyretrowirusowego	4 000 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	20 000 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	20 000 PLN

§ 3
1. Zakażenie wirusem HIV oznacza zakażenie Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), Zespołem Zaburzeń Związanych z AIDS (ARC), Ludzkim Wirusem Niedoboru Odporności (HIV) - niezależnie od tego jak zostaną nazwane.
2. W granicach limitu określonego w umowie na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty terapii antyretrowirusowej, której Ubezpieczony obowiązany jest poddać się w następstwie niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi.
3. Jeżeli, mimo przejścia przez Ubezpieczonego kuracji antyretrowirusowej, testy na obecność wirusa HIV przeprowadzone po upływie sześciu miesięcy od niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykażą, że Ubezpieczony został zakażony wirusem HIV, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie.
4. W granicach limitu określonego w umowie na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa HIV po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

§ 4
1. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu A, B, C lub D.
2. Jeżeli którykolwiek z testów na obecność wirusa przeprowadzonych po upływie trzech oraz sześciu miesięcy od daty Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi wykaże, że Ubezpieczony został zakażony wirusem WZW, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście miesięcy od daty przeprowadzenia testu dającego pozytywny wynik badania na obecność wirusa WZW.
3. Jeżeli po upływie okresu wyczekiwania, o którym mowa powyżej, testy na obecność wirusa potwierdzą, że Ubezpieczony pozostaje zakażony wirusem WZW, to Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie. Świadczenie to może być wypłacone tylko jeden raz w Okresie ubezpieczenia, niezależnie od liczby i rodzaju wirusów WZW, które pojawią się po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.
4. W granicach limitu określonego w umowie na cały Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu koszty konsultacji lekarskich i wykonania badań na obecność wirusa WZW po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi.

§ 5
Warunkiem uzyskania świadczeń z Umowy ubezpieczenia jest niezwłoczne, nie później niż w ciągu trzech dni, wszczęcie po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi Procedury po ekspozycyjnej oraz przestrzeganie przez Ubezpieczonego jej postanowień.

§ 6
Jednorazowe świadczenia z tytułu zakażenie wirusem HIV lub zakażenia WZW (A, B, C, D) wypłacane będą po dokonaniu przez Ubezpieczyciela oceny zasadności roszczeń na podstawie analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi a zakażeniem.

§ 7
Zwrot kosztów, jakie Ubezpieczony poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW (A, B, C, D) albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności.

§ 8
Przez Procedurę po ekspozycyjną rozumie się zbiór zasad postępowania na wypadek wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zakażeniem objętym Umową ubezpieczenia oraz prowadzenia związanej z nim dokumentacji.

§ 9
Przez niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi rozumie się niezamierzony przez Ubezpieczonego kontakt z krwią lub płynami ustrojowymi innymi niż jego własne poprzez przerwanie ciągłości powłok ciała (np. poprzez zakłucie, przecięcie lub ugryzienie), przeniknięcie przez błonę śluzową lub poprzez bezpośredni kontakt z krwią (zwłaszcza, jeżeli skóra była spierzchnięta, popękana, otarta lub objęta zapaleniem skóry).

§ 10
1. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów umowy oraz Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż świadczenia z Umowy ubezpieczenia będą należne, o ile:
1) Niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia, podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności służbowych w miejscu swojej pracy lub w związku z ratowaniem ludzkiego życia.
2) testy wykonane niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni po Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi wykażą, że bezpośrednio przed Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi Ubezpieczony był wolny od zakażenia danym wirusem.

§ 11
Dodatkowo roszczenia nie zostaną zaspokojone, jeżeli do ich powstania przyczyniły się:
1) przyjmowanie leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
2) samobójstwo, jego usiłowanie, albo celowe samookaleczenie Ubezpieczonego,
3) pozostawanie przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających albo innych substancji farmakologicznych o podobnym działaniu chyba, że zostały one zażyte zgodnie z zaleceniami uprawnionego lekarza, niebędącego członkiem rodziny Ubezpieczonego,
4) dożylne lub podskórne przyjmowanie przez Ubezpieczonego leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez dyplomowanego lekarza.

§ 12
W razie Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela oraz:
1) zastosować się do Procedury po ekspozycyjnej obowiązującej w miejscu pracy lub
2) zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego lub
3) zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.

§ 13
Wydatki poniesione przez Ubezpieczonego nie podlegają zwrotowi, jeżeli:
1) pracodawca Ubezpieczonego jest obowiązany na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczonym lub powszechnie obowiązujących przepisów do pokrycia lub zwrotu Ubezpieczonemu takich wydatków,
2) Ubezpieczony z jakiejkolwiek przyczyny nie skorzysta z przysługujących mu świadczeń nieodpłatnych, w szczególności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 14
Ponadto nie podlegają zwrotowi wydatki poniesione przez Ubezpieczonego:
1) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia lub z tym związane,
2) przekraczające sumę ubezpieczenia lub limity określone w Umowie ubezpieczenia,
3) w związku z transportem do lub ze szpitala lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
4) w związku z odwołaniem przez Ubezpieczonego umówionej wizyty,
5) na środki lecznicze lub procedury medyczne, które nie odpowiadają oficjalnym standardom, albo są eksperymentalne lub nieudowodnione naukowo.

Załącznik nr 2

KLAUZULA UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU Z POWODU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB NAGŁEGO ZACHOROWANIA

§ 1
Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszą klauzulą postanowień umowy ubezpieczenia i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Biznes & Podróż ustala się, że zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o ubezpieczenie Utraty Dochodu z powodu czasowej niezdolności do wykonywania pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

§ 2
Przez użyte w niniejszej klauzuli definicje rozumie się:
1. Czasowa niezdolność do wykonywania pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, która trwa co najmniej 30 dni kalendarzowych, potwierdzona zwolnieniem lekarskim w przypadku niezdolności trwającej do 182 dni oraz orzeczeniem ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego w przypadku niezdolności trwającej dłużej niż 182 dni.
2. Ubezpieczony – lekarz, czyli osoba posiadająca uprawnienia przewidziane powszechnie obowiązującymi przepisami prawa do wykonywania zawodu lekarza, który nie ukończył 65 lat.

§ 3
1. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony będzie czasowo niezdolny do wykonywania pracy przez lekarza, ERGO Hestia wypłaci świadczenie z tego tytułu w granicach sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia:
a) za każdy dzień czasowej niezdolności do wykonywania pracy przez lekarza począwszy od 1 dnia niezdolności, trwającej nie dłużej niż 1 rok,
b) za każdy dzień czasowej niezdolności do wykonywania pracy przez lekarza począwszy od 31 dnia niezdolności, trwającej nie dłużej niż 1 rok.

§ 4
1. Suma ubezpieczenia wynosi od 1 dnia niezdolności wynosi:
a) 164 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 60 000 PLN,
b) 329 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 120 000 PLN,
c) 493 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 180 000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia wynosi od 31 dnia niezdolności wynosi:
a) 179 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 60 000 PLN,
b) 358 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 120 000 PLN,
c) 537 PLN za każdy dzień niezdolności do wykonywania pracy, nie więcej niż 180 000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ERGO Hestii w okresie ubezpieczenia.

§ 5
ERGO Hestia nie wypłaci świadczenia objętego niniejszą klauzulą, jeśli czasowa niezdolność do wykonywania pracy powstała wskutek zdarzeń wymienionych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Biznes & Podróż oraz wskutek:
a) choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków,
b) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem,
c) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień,
d) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV/WZW,
e) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
f) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych nie wynikających z zachorowania, badań dawców narządów,
g) operacji kosmetycznych lub plastycznych,
h) ciąży,
i) dyskopatii i chorób zwyrodnieniowo – przeciążeniowych w zakresie kręgosłupa,
j) choroby powstałej, leczonej lub zdiagnozowanej w ciągu 6 miesięcy przed zawarciem umowy,

§ 6
W celu wypłaty świadczenia ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć:
a) zaświadczenie lekarskie potwierdzające czasową niezdolność do wykonywania pracy,
b) kopię protokołu powypadkowego BHP, o ile doszło do wypadku w miejscu pracy, lub kopię raportu policji, o ile była wzywana na miejsce zdarzenia,
c) kopię dokumentu, z którego wynika uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza,
d) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przebieg leczenia,
e) kopię zaświadczeń lekarskich, które potwierdzą okres czasowej niezdolności do wykonywania pracy, bądź orzeczenie ZUS o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego,
f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa powyżej nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, ERGO Hestia zastrzega sobie prawo wglądu do dodatkowej dokumentacji medycznej oraz pozyskania informacji medycznych u wszystkich lekarzy prowadzących leczenie jak również zasięgania opinii lekarzy konsultantów.

Załącznik nr 3

KLAUZULA NARUSZENIA NIETYKALNOŚCI CIELESNEJ LEKARZA

§ 1
Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi postanowieniami zapisów warunków ubezpieczenia ustala się, że zakres ubezpieczenia rozszerza się o świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej lekarza przez osoby trzecie rozumianą jako fizyczną napaść, zaistniałe podczas wykonywania czynności zawodowych.

§ 2
W przypadku naruszenia nietykalności cielesnej na lekarzu ciąży obowiązek:
a) niezwłocznego powiadomienia Policji o zaistniałym zdarzeniu,
b) dostarczenia Ubezpieczycielowi pisemnego poświadczenia Policji o fakcie zgłoszenia zdarzenia,
c) poddania się obdukcji lekarskiej po zdarzenia potwierdzającej skutki napaści oraz przedstawienia jej wyników.

§ 3
Suma ubezpieczenia: 500 PLN – Limit świadczeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia: 1.

§ 4
Składka dodatkowa za klauzulę – 20 PLN.