

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ANEKSU JEDNOLITEGO NUMER 1
DO UMOWY GENERALNEJ
NR SZ50/002642/24/A „PROGRAM UBEZPIECZEŃ”**

Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą

Ubezpieczeni	Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. b i d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
Okres ubezpieczenia	12 miesięcy
Warunki ubezpieczenia	Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej
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 pokrywa koszty wynikłe ze środków pojętych w celu zmniejszenia szkody lub zapobieżenia zwiększenia się jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały 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;

	6. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zabezpieczenia roszczenia o naprawienie szkody wynikające z zarządzenia sądu do wysokości 100.000 PLN, przy czym jeśli zabezpieczenie zostanie zwolnione, Ubezpieczony jest obowiązany zwrócić je Ubezpieczycielowi;
Suma Gwarancyjna/12 miesięcy/podmiot leczniczy	30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b ustawy; 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. d ustawy

Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Ubezpieczeni	Lekarze i lekarze dentyści Pielęgniarki i położne Diagności laboratoryjni
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 pokrywa koszty wynikłe ze środków pojętych w celu zmniejszenia szkody lub zapobieżenia zwiększenia się jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały 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; 6. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zabezpieczenia roszczenia o naprawienie szkody wynikające z zarządzenia sądu do wysokości 100.000 PLN, przy czym jeśli zabezpieczenie zostanie zwolnione, Ubezpieczony jest obowiązany zwrócić je Ubezpieczycielowi;
Suma Gwarancyjna/12 miesięcy/podmiot leczniczy	• 75.000 euro na zdarzenie i 350.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, • 30.000 euro na zdarzenie i 150.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia w przypadku pielęgniarek i położnych, • 30.000 euro na zdarzenie i 150.000 euro na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia w przypadku diagnostów laboratoryjnych
Grupy ryzyka	W przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, dokonuje się poniższej klasyfikacji lekarskich specjalizacji na 3 grupy, w oparciu o które następować będzie wycena ubezpieczeń: • lekarze III grupy - specjalizacja: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia szczękowo-twarzowa, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, urologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, ginekologia onkologiczna, urologia dziecięca, chirurgia stomatologiczna, medycyna ratunkowa, neonatologia; • lekarze II grupy - specjalizacja: medycyna sportowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją; • lekarze I grupy - specjalizacja: lekarze pozostałych specjalności niewymienionych w pkt. 1 lub pkt. 2. Zasady kwalifikacji do grup ryzyka: • W przypadku lekarzy zaszeregowanych do I grupy ryzyka, gdy lekarz specjalista wykonuje zabiegi chirurgiczne, endoskopowe lub z zakresu radiologii interwencyjnej lub wymagające uzyskania od pacjenta lub uprawnionej osoby zgody na przeprowadzenie zabiegu w formie pisemnej, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy II. • W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalizacji, o zaszeregowaniu do odpowiedniej grupy

decyduje ta specjalizacja, która jest w grupie o najwyższej składce.

- W przypadku braku specjalizacji lub braku specjalizacji i jednocześnie pozostawania w trakcie specjalizowania się, składkę ustala się według I grupy ryzyka.
- Jeżeli w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczony zdobędzie specjalizację lub ją zmieni nie będzie to pociągało za sobą zmiany składki z tego tytułu.
- Nowa specjalizacja spowoduje zaszeregowanie do właściwej grupy ryzyka przy odnowieniu ubezpieczenia.
- W przypadku osób pracujących w pogotowiu ratunkowym, SOR, Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, komisjach lekarskich nie stosuje się wyższej składki ubezpieczeniowej z tego tytułu.
- W przypadku pozostałych zawodów medycznych nie rozróżnia się grup ryzyka.

Ubezpieczenie dobrowolne odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem czynności zawodowych

Ubezpieczony

Lekarze i lekarze dentyści, Pielęgniarki i położne, Diagnosty laboratoryjni

Inne zawody medyczne, w szczególności: ratownik medyczny, ratownik Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy, diagnosta, technik laboratoryjny, ONA - operator numerów alarmowych, dyspozytor medyczny (ochrona ubezpieczeniowa obejmuje odpowiedzialność ONA i dyspozytora medycznego za obsługę zgłoszeń alarmowych, a w tym udzielanie niezbędnych instrukcji w zakresie sposobu udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego), opiekunka dziecięca, psychoterapeuta, perfuzjonista, technik farmacji, opiekun medyczny, higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologa, dietetyk / doradca żywieniowy, technik masażysta, terapeuta zajęciowy, terapeuta środowiskowy, kosmetolog, felczer, higienistka szkolna, instruktor higieny, instruktor terapii uzależnień, logopeda, optometrysta, optyk okularowy, ortoptystka, podolog, protetyk słuchu, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej, technik dentystyczny, technik elektroradiolog, technik ortopeda, specjaliści w dziedzinie: epidemiologii, fizyki medycznej, inżynierii medycznej, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, psychologii, neurologopedii, zdrowia publicznego, zdrowia środowiskowego, operator systemów sterylizacji artykułów sanitarnych, sprzętu i aparatów medycznych, masażysta (to osoba mająca ukończone kursy, ale nie jest technikiem), technik usług kosmetycznych / kosmetyczka, sekretarka medyczna, operator akceleratora medycznego, sanitariusz, elektroradiolog, inspektor ochrony radiologicznej typu R/S, referent ds. ochrony radiologicznej,

	trycholog, asystent zdrowienia, psychodietetyk, psychotraumatolog, dogoterapeuta, hipoterapeuta, salowa. Powyższy katalog może zostać poszerzony o kolejne zawody po wcześniejszej akceptacji ubezpieczyciela. W przypadku wykonywania kilku zawodów medycznych składka liczona jest tylko raz – w wysokości adekwatnej do zawodu o wyższej składce. W certyfikacie zostają wpisane wszystkie zawody, a ich wykonywanie objęte jest ochroną w ramach jednej sumy gwarancyjnej.
Okres ubezpieczenia	12 miesięcy
Warunki ubezpieczenia	Warunki Ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania czynności zawodowych (B)
Grupy ryzyka	W przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, dokonuje się poniższej klasyfikacji lekarskich specjalizacji na 3 grupy, w oparciu o które następować będzie wycena ubezpieczeń: lekarze III grupy - specjalizacja: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia ogólna, chirurgia szczękowo-twarzowa, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, urologia, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, ginekologia onkologiczna, urologia dziecięca, chirurgia stomatologiczna, medycyna ratunkowa, neonatologia; lekarze II grupy - specjalizacja: medycyna sportowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją; lekarze I grupy - specjalizacja: lekarze pozostałych specjalności niewymienionych w pkt. 1 lub pkt. 2. Zasady kwalifikacji: • W przypadku lekarzy zaszeregowanych do I grupy ryzyka, gdy lekarz specjalista wykonuje zabiegi chirurgiczne, endoskopowe lub z zakresu radiologii interwencyjnej lub wymagające uzyskania od pacjenta lub uprawnionej osoby zgody na przeprowadzenie zabiegu w formie pisemnej, nalicza się składkę przewidzianą dla grupy II. • W przypadku posiadania dwóch lub większej liczby specjalizacji, o zaszeregowaniu do odpowiedniej grupy decyduje ta specjalizacja, która jest w grupie o najwyższej składce. • W przypadku braku specjalizacji lub braku specjalizacji i jednocześnie pozostawania w trakcie specjalizowania się, składkę ustala się według I grupy ryzyka. • Jeżeli w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia Ubezpieczony zdobędzie specjalizację lub ją zmieni nie będzie to pociągało za sobą zmiany składki z tego tytułu.

- Nowa specjalizacja spowoduje zaszeregowanie do właściwej grupy ryzyka przy odnowieniu ubezpieczenia.
- W przypadku osób pracujących w pogotowiu ratunkowym, SOR, Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, komisjach lekarskich nie stosuje się zwwyżki składki ubezpieczeniowej z tego tytułu.
- W przypadku pozostałych zawodów medycznych nie rozróżnia się grup ryzyka.

Zakres ubezpieczenia

1) Zakres ubezpieczenia obejmuje między innymi:

- ochronę w zakresie nieobjętym ubezpieczeniem obowiązkowym lub objętym ubezpieczeniem obowiązkowym jednak wyłącznie w zakresie szkód, które nie mogą zostać objęte tymże ubezpieczeniem wskutek wyczerpania się sumy gwarancyjnej, w tym w sytuacji, gdy ubezpieczony posiada umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej poza programem ubezpieczeń;
- odpowiedzialność cywilną ubezpieczonego, za szkody wyrządzone jego działaniem lub zaniechaniem, w związku z wykonywaniem wszelkiego rodzaju czynności zawodowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia, choćby szkody powstały lub osoby poszkodowane zgłosiły je po tym okresie, jednakże w terminie ustawowo przewidzianym, tj. przed upływem terminu przedawnienia roszczeń;
- szkody na osobie i w mieniu wyrządzone wskutek rażącego niedbalstwa;
- szkody na osobie spowodowane przez lekarzy zabiegami medycyny estetycznej stomatologicznej, za wyjątkiem implantologii, chyba że jest ona wykonywana tylko i wyłącznie w udokumentowanych przypadkach powypadkowych /pourazowych i gdy jest to konieczne ze względów zdrowotnych;
- szkody na osobie i w mieniu będące następstwem pobrania, przechowywania krwi i preparatów krwiopochodnych, komórek lub tkanek ludzkich;
- szkody na osobie i w mieniu wyrządzone przez pracowników/podwykonawców Ubezpieczonego bez prawa regresu, w tym szkody wyrządzone przez osoby odbywające u Ubezpieczonego praktyki i staże zawodowe, wolontariuszy, rezydentów powstałe w związku z wykonywaniem czynności zawodowych pod jego kierownictwem;
- szkody na osobie i w mieniu wynikłe w związku z prowadzoną działalnością i posiadania mienia (OC gabinetu) oraz szkody w mieniu (ruchomościach i nieruchomościach) będącym przedmiotem najmu, dzierżawy, leasingu;
- szkody w dokumentach wykorzystywanych na potrzeby wykonywanych czynności zawodowych, z zastrzeżeniem, że ochrona ograniczona jest do kosztów ich odtworzenia. Na

koszty odtworzenia dokumentów ustala się sublimit w wysokości 100 000 PLN;

- szkody wynikłe z zastosowania eksperymentalnych metod leczniczych lub rehabilitacyjnych za zgodą pacjenta (lub innej osoby upoważnionej do wyrażenia jej zamiast pacjenta), przy czym ubezpieczenie nie zastępuje ubezpieczenia obowiązkowego do którego zawarcia Ubezpieczony jest zobowiązany zgodnie z przepisami prawa;
- zadośćuczynienia w zakresie szkód niebędących następstwem szkód na osobie, do których zapłaty zobowiązany będzie Ubezpieczony w następstwie naruszenia praw pacjenta (rozumianych zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) z sublimitem 100.000 PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia/osoba; ochrona w zakresie szkód w mieniu i na osobie wynikłych z naruszenia praw pacjenta – do wysokości sumy gwarancyjnej;
- szkody w mieniu i na osobie wyrządzone w związku z używaniem urządzeń rentgenowskich lub laserowych albo materiałów izotopowych lub radioaktywnych, chyba, że powstały w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami;
- w mieniu osobistego użytku stanowiącym własność pacjentów w tym szkody powstałe w mieniu przechowywanym, kontrolowanym, lub chronionym przez ubezpieczonego;
- szkody mające postać czystej straty finansowej z sublimitem 100.000 PLN, w szczególności w związku z: nieuprawnionym ujawnieniem dokumentacji medycznej oraz w związku z przetwarzaniem danych osobowych osób trzecich; wykonywaniem czynności biegłego;
- szkody wyrządzone podczas praktyk, staży zawodowych w ramach kursów i szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe oraz w ramach wolontariatu;
- szkody wyrządzone podczas prowadzenia zajęć dydaktycznych.

2) Zakres ubezpieczenia rozszerza się o:

- szkody w mieniu i na osobie wyrządzone personelowi Ubezpieczonego i osobom bliskim personelowi Ubezpieczonego w związku z udzielaniem im świadczeń zdrowotnych;
- szkody w mieniu lub na osobie wyrządzone pracownikom/podwykonawcom Ubezpieczonego w następstwie wypadków przy pracy, w tym szkody w pojazdach pracowników/podwykonawców (OC pracodawcy);
- szkody na osobie lub w mieniu wynikłe z udzielania świadczeń zdrowotnych podczas transportu sanitarnego lub medycznego oraz powstałe w związku z udzielaniem pierwszej pomocy;
- szkody w mieniu i na osobie wynikłe z udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych, przy czym ubezpieczenie nie zastępuje ubezpieczenia obowiązkowego

	do którego zawarcia Ubezpieczony jest zobowiązany zgodnie z przepisami prawa; • szkody w mieniu i na osobie powstałe w związku z przekroczeniem terminu świadczeń medycznych, spowodowanego uchybieniami natury organizacyjnej, administracyjnej, porządkowej - sublimit 200.000 PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia (w przypadku niższych sum gwarancyjnych odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej; w przypadku wyższych sum gwarancyjnych odpowiedzialność do ustalonego sublimitu); • szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych lub zatruc pokarmowych; • szkody wyrządzone przez rzecz użyczoną, sprzedaną, dostarczoną, przetworzoną lub wytworzoną; • szkody powstałe w związku z cofnięciem się cieczy w systemach wodno-kanalizacyjnych; • szkody w mieniu otaczającym, powstałe w trakcie wykonywania czynności załadunku lub wyładunku; • szkody powstałe w związku z posiadaniem i użytkowaniem pojazdów niepodlegających obowiązkowi ubezpieczenia; • szkody w mieniu i na osobie powstałe wskutek emisji szkodliwych substancji w wyniku zdarzeń nagłych i nieprzewidzianych.			
Rozszerzenia zakresu ochrony wymagające dodatkowej składki	• Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć za opłatą dodatkowej składki o: szkody na osobie i w mieniu wynikłe z zabiegów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej wyrządzone przez: ◦ lekarzy i lekarzy dentystów, ◦ pielęgniarki i położne, ◦ asystentki stomatologiczne, ◦ techników dentystycznych, ◦ higienistki. Klauzula szkód wynikłych z zabiegów medycyny estetycznej Odmienne niż stanowi par.8 ust.1 p.9 WU zakres ubezpieczenia obejmuje szkody na osobie powstałe wskutek zabiegów medycyny estetycznej, w tym chirurgii plastycznej. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje szkód polegających na nieosiągnięciu oczekiwanego efektu estetycznego. Klauzula medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej dla lekarzy i lekarzy dentystów <table><tr><th>Suma gwarancyjna</th></tr><tr><td>100.000 zł</td></tr><tr><td>200.000 zł</td></tr></table>	Suma gwarancyjna	100.000 zł	200.000 zł
Suma gwarancyjna				
100.000 zł				
200.000 zł				

Klauzula medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej dla pozostałych zawodów

Suma gwarancyjna
100.000 zł
200.000 zł

- rozszerzenie zakresu terytorialnego poza RP albo rozpatrywane w oparciu o obce prawo lub przed sądami zagranicznymi, (z włączeniem szkód wynikłych z czynności wykonanych podczas transportu medycznego oraz udzielania pierwszej pomocy w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami RP);
- szkody w mieniu pracodawcy (w tym w mieniu powierzonym pracownikowi), z wyłączeniem utraty mienia oraz szkód w wartościach pieniężnych:
 - sublimit 50.000 PLN, na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia, z wyłączeniem szkód w pojazdach mechanicznych;
 - sublimit 50.000 PLN, na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia, w tym 10.000 PLN na szkody w pojazdach mechanicznych;
 - sublimit 100.000, PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia, w tym 20.000 PLN na szkody w pojazdach mechanicznych;

Pod pojęciem pracownik rozumie się osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub też osobę, która wyłącznie osobiście świadczy pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, w tym z włączeniem osoby fizycznej, która zawarła umowę jako przedsiębiorca. Za pracownika uznaje się także wolontariusza, praktykanta, studenta, stażystę, osobę świadczącą pracę z grzeczności lub osobę świadczącą pracę w podobnej formie, której Ubezpieczony powierzył wykonywanie pracy osobiście;

Klauzula kosztów ochrony prawnej

Za opłatą dodatkowej składki można rozszerzyć zakres ubezpieczenia o koszty pomocy prawnej (zgodnie z klauzulą w poniższej treści) w ramach sublimitu:

Sublimit w PLN /osoba	100.000	200.000	500.000
-----------------------	---------	---------	---------

Na podstawie niniejszej klauzuli rozszerza się zakres ubezpieczenia o koszty ochrony prawnej poniesione przez Ubezpieczonego wskutek konieczności pokrycia takich kosztów w celu obrony

swoich praw w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawa na każdym etapie ochrony interesów prawnych ubezpieczonego (zarówno na etapie przedsądowym, jak i w postępowaniach przed właściwymi sądami lub organami w każdym możliwym charakterze oraz w wewnętrznym postępowaniu dyscyplinarnym). Ubezpieczenie obejmuje ww. koszty, o ile ich poniesienie związane było z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności zawodowych. Klauzula obejmuje zdarzenia zgłoszone w okresie ubezpieczenia oraz zdarzenia wynikłe z zaistniałych w okresie ubezpieczenia uchybień w czynnościach zawodowych, o ile roszczenia z tytułu tych wypadków zostaną zgłoszone przed upływem terminu przedawnienia roszczeń oraz W przypadku osób, 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.

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 sześciokrotności minimalnego wynagrodzenia za czynności adwokata lub radcy prawnego. W przypadku braku takich przepisów stosuje się odpowiednie przepisy stanowiące podstawę do 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 ponoszenia przez państwo (Skarb Państwa) kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu. Ochroną ubezpieczeniową objęte są koszty pomocy prawnej związane z wykonywanymi czynnościami zawodowymi, które powstały na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. 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.7 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 znieśławienia lub znieważenia;

- obrony ubezpieczonego w zakresie postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej, prawa pracy i ubezpieczeń społecznych;
- ochroną interesów prawnych ubezpieczonego w zakresie ochrony danych osobowych;
- ochrona interesów prawnych w zakresie sporów z NFZ i ZUS.

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:

- koszty wynagrodzenie jednego adwokata lub radcy prawnego;
- koszty sądowe, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych w postępowaniu sądowym oraz koszty postępowania egzekucyjnego;
- koszty opinii prawnych;
- 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;
- zwrotne koszty poręczenia majątkowego przewidzianego dla uniknięcia tymczasowego aresztowania, maksymalnie do wysokości połowy sumy ubezpieczenia;
- koszty tłumaczenia dokumentów;
- koszty podróży do sądu, jeżeli stawiennictwo ubezpieczonego było obowiązkowe;
- koszty mediacji na każdym etapie (pozasądowej, przedsądowej, sądowej);
- 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);
- 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;
- koszty postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej.

Ubezpieczenie obejmuje koszty poniesione w postępowaniu wszczętym w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, przy czym w razie wątpliwości za datę wszczęcia postępowania uważa się chwilę, w której właściwy organ lub urząd podjął pierwszą czynność wobec Ubezpieczonego w danej sprawie, o której to czynności Ubezpieczony został poinformowany, nawet jeżeli nie była potwierdzona na piśmie i nie stanowiła formalnego

wszczęcia postępowania w świetle obowiązujących przepisów. W przypadku zaprzestania korzystania z ochrony ubezpieczeniowej w wyniku przejścia na emeryturę lub rentę Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowy okres na zgłaszanie roszczeń, wynoszący 36 miesięcy od daty zakończenia okresu ubezpieczenia. Określone w klauzuli koszty dotyczą każdego etapu ochrony interesów prawnych ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje obrony interesów prawnych:

- pozostających w bezpośrednim lub pośrednim związku z działaniami wojennymi, niepokojami społecznymi, rozruchami, strajkami, lokautami, trzęsieniami ziemi;
- 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;
- 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;
- wynikających z umów o pracę lub innych stosunków prawnych dotyczących pełnienia funkcji członków ustawowych organów osób prawnych;
- z zakresu prawa patentowego, autorskiego, znaków towarowych, pozostałego prawa własności intelektualnej i przemysłowej, prawa ochrony konkurencji (antymonopolowego) oraz prawa dotyczącego zasad konkurencji;
- pozostającymi w związku z grą i zakładem oraz transakcjami terminowymi i spekulacyjnymi;
- z umów poręczenia i przejęcia długów;
- z zakresu prawa budowlanego oraz pozostających w związku z: nabyciem albo zbyciem nieruchomości przeznaczonej pod zabudowę; 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; 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; finansowaniem przedsięwzięć określonych w punktach a)-c);

- z zakresu prawa górniczego i geologicznego, w szczególności w związku ze szkodami na nieruchomościach, spowodowanymi ruchem zakładu górniczego;
- z zakresu prawa podatkowego, celnego oraz dotyczącego innych opłat publicznoprawnych, a także prawa karnego skarbowego;
- z zakresu prawa prasowego;
- 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;
- w związku z postępowaniem układowym, naprawczym albo upadłościowym, które zostało albo ma zostać wszczęte;
- w związku z planem zagospodarowania przestrzennego, podziałem, scalaniem i wywłaszczaniem nieruchomości oraz prywatyzacją, reprivatyzacją i innymi przekształceniami własnościowymi o podobnym charakterze;
- w związku z posiadaniem pojazdów mechanicznych;
- sporów pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia,

Ubezpieczony, który zamierza skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, zobowiązany jest: niezwłocznie poinformować w drodze pisemnej Ubezpieczyciela o zaistnieniu wypadku powodującego konieczność poniesienia kosztów i jego okolicznościach, przekazując wszelkie informacje, dokumenty, dowody i korespondencję; 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.

Ubezpieczony zobowiązany jest dodatkowo: na uzasadnione żądanie Ubezpieczyciela przed wystąpieniem na drogę postępowania sądowego przeprowadzić przedsądowe postępowanie, zmierzające do korzystnego dla Ubezpieczonego zakończenia sprawy. 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; wstrzymać się od dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej do czasu prawomocnego zakończenia się toczącego się już innego postępowania sądowego, chyba że zwłoka mogłaby doprowadzić do przedawnienia roszczenia przez Ubezpieczonego; 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.

	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. Ubezpieczony jest zobowiązany w pełnomocnictwie udzielonym adwokatowi lub radcy prawnemu zobowiązać adwokata lub radcę prawnego do bieżącego informowania Ubezpieczyciela o rozwoju sprawy. Za wykonanie zlecenia adwokat lub radca prawny ponosi w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednią odpowiedzialność. 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.
Zakres terytorialny	Dla szkód powstałych w związku z udzielaniem pierwszej pomocy – , terytorium RP, poza RP z wyłączeniem USA / Kanady. W pozostałym zakresie – terytorium RP.

Ubezpieczenie dobrowolne odpowiedzialności cywilnej studentów, doktorantów medycyny oraz słuchaczy szkół policealnych i techników

Ubezpieczony	Ubezpieczonymi mogą być studenci i doktoranci kierunków medycznych, w tym kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, ratownictwa medycznego, farmacji, a także słuchacze szkół policealnych i techników. Do programu mogą przystąpić osoby przygotowujące się do wykonywania zawodów medycznych określonych w niniejszym programie ubezpieczeń.
Okres ubezpieczenia	12 Miesięcy

Warunki ubezpieczenia	Warunki Ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania czynności zawodowych (B)
Zakres ubezpieczenia	1) Zakres ubezpieczenia obejmuje między innymi szkody: • w związku z wykonywaniem czynności medycznych; • w związku z odbywaniem staży, praktyk wakacyjnych i śródrocznych np. w szpitalach, przychodniach, poradniach; • w związku z udziałem w specjalistycznych kursach i szkoleniach podnoszących kompetencje zawodowe; • wynikłe z czynności udzielania pierwszej pomocy, • wyrządzone w skutek rażącego niedbalstwa, • wyrządzone osobom bliskim podczas udzielania pomocy, niezależnie czy była to pomoc nagła czy standardowa oraz niezależnie od tego czy pomoc mogła być udzielona przez kogoś innego w sytuacji nagłej; • wyrządzone współuczestnikom kursów, praktyk i zajęć dydaktycznych; • w związku z realizacją zadań obstawy medycznej imprez między innymi organizowanych przez Uczelnie lub Samorząd Studentów, koła studenckie, wyrządzone podczas odbywania praktyk studenckich; • wyrządzone podczas wolontariatu; • wyrządzone przez asystenta studentów niepełnosprawnych; • w mieniu szpitala/przychodni wyrządzonych przez studenta, o ile będą one następstwem wykonywanych czynności medycznych; • mające postać czystej straty finansowej z sublimitem 100.000 PLN powstałych w związku z nieuprawnionym ujawnieniem dokumentacji medycznej oraz w związku z przetwarzaniem danych osobowych osób trzecich. 2) Zakres ubezpieczenia rozszerza się o szkody: • mające postać czystej straty finansowej z sublimitem 100.000 PLN powstałych w związku z nieuprawnionym ujawnieniem dokumentacji medycznej oraz w związku z przetwarzaniem danych osobowych osób trzecich; • wyrządzone personelowi tej samej jednostki organizacyjnej albo osobom wykonującym w tej jednostce czynności zawodowe lub badania naukowe, choćby nie stanowili jej personelu, niezależnie czy była to pomoc nagła czy standardowa oraz niezależnie od tego czy pomoc mogła być udzielona przez kogoś innego w sytuacji nagłej; • wynikłe z przeniesienia wirusa HIV oraz szkody wynikłe z przeniesienia pozostałych chorób zakaźnych; • w mieniu pacjentów; • w mieniu i na osobie wynikłych z wypadków (rozumianych jako działanie lub zaniechanie) zaistniałych w okresie ubezpieczenia), choćby szkody powstały lub osoby

	poszkodowane zgłosiły je po tym okresie, jednakże w terminie ustawowo przewidzianym, tj. przed upływem terminu przedawnienia roszczeń; - wynikłe z użytkowania urządzeń rentgenowskich, laserowych oraz materiałów radioaktywnych lub izotopowych z sublimitem 200.000 PLN (w przypadku niższych sum gwarancyjnych odpowiedzialność do wysokości sumy gwarancyjnej; w przypadku wyższych sum gwarancyjnych odpowiedzialność do ustalonego sublimitu). - ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zadośćuczynienia do których wypłaty zobowiązany będzie Ubezpieczony w następstwie naruszenia praw pacjenta (rozumianych zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) z sublimitem 50.000 PLN na jeden i wszystkie wypadki w okresie ubezpieczenia/osoba zadośćuczynienia do których wypłaty zobowiązany będzie Ubezpieczony ; ochrona w zakresie szkód w mieniu i na osobie wynikłych z naruszenia praw pacjenta przysługuje do wysokości sumy gwarancyjnej;				
Rozszerzenia zakresu ochrony wymagające dodatkowej składki	Za opłatą dodatkowej składki można rozszerzyć zakres ubezpieczenia o OC w życiu prywatnym obejmujące szkody w mieniu i na osobie wyrządzone przez Ubezpieczonego osobom trzecim w związku z wykonywaniem czynności życia prywatnego lub posiadaniem mienia dla celów prywatnych w tym w szczególności szkody powstałe: - w trakcie nauki w siedzibie szkoły; - w mieniu uczelni, w tym w związku z zakwaterowaniem w domach studenckich; - w nieruchomości najmowanej od osób trzecich; - w związku z posiadaniem i użytkowaniem roweru, hulajnogi, e-hulajnogi, UTO zgodnie z przeznaczeniem; - w związku z amatorskim, wyczynowym oraz zawodowym uprawianiem sportów. <table><tr><td>SUMA GWARANCYJNA W PLN</td><td>50.000</td><td>100.000</td></tr></table>	SUMA GWARANCYJNA W PLN	50.000	100.000	
SUMA GWARANCYJNA W PLN	50.000	100.000			
Zakres terytorialny	Cały świat				
Dostępne sumy gwarancyjne	<table><tr><td>SUMA GWARANCYJNA W PLN</td><td>50.000</td><td>100.000</td><td>200.000</td></tr></table>	SUMA GWARANCYJNA W PLN	50.000	100.000	200.000
SUMA GWARANCYJNA W PLN	50.000	100.000	200.000		

Ubezpieczony	Ubezpieczonymi mogą być lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni, inne osoby wykonujące zawody medyczne, studenci i doktoranci kierunków medycznych oraz słuchacze medycznych szkół policealnych i techników											
Okres ubezpieczenia	12 Miesięcy											
Warunki ubezpieczenia	Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Lekarzy, Pielęgniarek i Położnych, Osób i Doktorantów Kierunków Medycznych oraz Słuchaczy i Medycznych Szkół Policealnych i Techników z dnia 1 kwietnia 2025 r.											
Zakres ubezpieczenia	Ubezpieczenie obejmuje zgon lub następstwa nieszczęśliwych wypadków doznanych przez Ubezpieczonego; Zakres ochrony ubezpieczeniowej następstw nieszczęśliwych wypadków obejmuje wypłaty świadczeń z tytułu: • Zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, • trwałego uszczerbku na zdrowiu (1% trwałego uszczerbku = 1% SU), • Nabycia wyrobów medycznych, • odbudowy stomatologicznej zębów, • przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością, • jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy; • Ochrona działa w systemie całodobowym, w tym życiu zawodowym oraz prywatnym; • Zakres terytorialny – cały świat • Zakres ubezpieczenia obejmuje bierny udział w atakach terrorystycznych • Zakres ubezpieczenia obejmuje zawał serca i udar mózgu • Zakres ochrony obejmuje wyczynowe uprawienie sportu											
Sumy ubezpieczenia	<table><tr><td>SUMA UBEZPIECZENIA W PLN</td><td>10.000</td><td>25.000</td><td>50.000</td><td>100.000</td></tr></table>				SUMA UBEZPIECZENIA W PLN	10.000	25.000	50.000	100.000			
SUMA UBEZPIECZENIA W PLN	10.000	25.000	50.000	100.000								
Rozszerzenia zakresu ochrony wymagające dodatkowej składki	Klauzula ekspozycji na materiał zakaźny (HIV/WZW) Klauzula z tytułu ekspozycji na materiał zakaźny HIV/WZW <table><tr><td>Zakres</td><td>Wariant 1</td><td>Wariant 2</td><td>Wariant 3</td></tr><tr><td>Badania na obecność wirusów HIV lub WZW</td><td>Limit: 10 000,00 PLN</td><td>Limit: 15 000,00 PLN</td><td>Limit: 20 000,00 PLN</td></tr></table>				Zakres	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	Limit: 10 000,00 PLN	Limit: 15 000,00 PLN	Limit: 20 000,00 PLN
Zakres	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3									
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	Limit: 10 000,00 PLN	Limit: 15 000,00 PLN	Limit: 20 000,00 PLN									

Koszt leczenia antyretrowirusowego	Limit: 10 000,00 PLN	Limit: 15 000,00 PLN	Limit: 20 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	poza zakresem ochrony	50 000,00 PLN	100 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu C	poza zakresem ochrony	20 000,00 PLN	20 000,00 PLN
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW typu B	poza zakresem ochrony	10 000,00 PLN	10 000,00 PLN

Klauzula świadczenia dziennego z tytułu czasowej niezdolności do wykonywania zawodu medycznego lub czynności pomocniczych

Zakres	Kwota świadczenia dziennego	Łączny limit dziennych świadczeń (maksymalnie za 180 dni)
Wariant I	70 PLN	12 600 PLN
Wariant II	100 PLN	18 000 PLN
Wariant III	150 PLN	27 000 PLN

Klauzula naruszenia nietykalności cielesnej

Z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi postanowieniami zapisów warunków ubezpieczenia ustala się, że zakres ubezpieczenia rozszerza się o świadczenie z tytułu naruszenia nietykalności cielesnej ubezpieczonego przez osoby trzecie rozumianą jako fizyczną napaść, zaistniałe podczas wykonywania czynności zawodowych lub czynności pomocniczych. Suma ubezpieczenia: 1.000 PLN – Limit świadczeń w trakcie trwania umowy ubezpieczenia: 1

Ubezpieczenie kosztów leczenia podczas podróży – roczne ubezpieczenie turystyczne

Ubezpieczony	Ubezpieczonymi mogą być lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni, inne osoby wykonujące zawody medyczne, studenci i doktoranci kierunków medycznych oraz słuchacze medycznych szkół policealnych i techników																												
Okres ubezpieczenia	12 Miesięcy																												
Warunki ubezpieczenia	Ogólne Warunki Ubezpieczenia Biznes & Podróż z dnia 1 kwietnia 2025 roku (AB-BP-01/25).																												
Zakres ubezpieczenia	Świadczenia podstawowe <table><tr><td>Koszty leczenia</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Koszty transportu i repatriacji</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Koszty ratownictwa</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Nagłe leczenie stomatologiczne</td><td>5 000 PLN</td></tr><tr><td>Bagaż</td><td>5 000 PLN</td></tr><tr><td>OC podczas podróży (szkody na mieniu i na osobie)</td><td>250 000 PLN</td></tr><tr><td>Choroby przewlekłe</td><td>500 000 PLN</td></tr></table> Świadczenia assistance <table><tr><td>Gwarancja pokrycia kosztów leczenia</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu</td><td>500 000 PLN</td></tr><tr><td>Pomoc finansowa</td><td>5 000 PLN</td></tr><tr><td>Złożenie kaucji</td><td>5 000 PLN</td></tr><tr><td>Zastępstwo procesowe</td><td>12 000 PLN</td></tr></table> Świadczenia dodatkowe	Koszty leczenia	500 000 PLN	Koszty transportu i repatriacji	500 000 PLN	Koszty ratownictwa	500 000 PLN	Nagłe leczenie stomatologiczne	5 000 PLN	Bagaż	5 000 PLN	OC podczas podróży (szkody na mieniu i na osobie)	250 000 PLN	Choroby przewlekłe	500 000 PLN	Gwarancja pokrycia kosztów leczenia	500 000 PLN	Organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza	500 000 PLN	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia	500 000 PLN	Organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu	500 000 PLN	Pomoc finansowa	5 000 PLN	Złożenie kaucji	5 000 PLN	Zastępstwo procesowe	12 000 PLN
Koszty leczenia	500 000 PLN																												
Koszty transportu i repatriacji	500 000 PLN																												
Koszty ratownictwa	500 000 PLN																												
Nagłe leczenie stomatologiczne	5 000 PLN																												
Bagaż	5 000 PLN																												
OC podczas podróży (szkody na mieniu i na osobie)	250 000 PLN																												
Choroby przewlekłe	500 000 PLN																												
Gwarancja pokrycia kosztów leczenia	500 000 PLN																												
Organizacja transportu Ubezpieczonego do kraju, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza	500 000 PLN																												
Organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w hotelu, w przypadku gdy transport nie może nastąpić bezpośrednio po zakończeniu leczenia	500 000 PLN																												
Organizacja i zwrot kosztów powrotu Ubezpieczonego do kraju w przypadku gdy po zakończeniu leczenia Ubezpieczony nie może powrócić zaplanowanym środkiem transportu	500 000 PLN																												
Pomoc finansowa	5 000 PLN																												
Złożenie kaucji	5 000 PLN																												
Zastępstwo procesowe	12 000 PLN																												

Klauzula alkoholowa	500 000 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 0,2‰ lub 0,1 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.