
LEADENHALL MEDICA
WARUNKI UBEZPIECZENIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW NA WYPADEK ZAKAŻENIA
WIRUSEM HIV ORAZ WZW
(LW015/NS/7/MED)

SKOROWIDZ

Wykaz postanowień umownych, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umownego
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 ust. 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1-3 § 2 ust. 4

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. W zaufaniu do oświadczeń i informacji podanych w **Umowie ubezpieczenia** oraz w zamian za zapłatę składki określonej w punkcie 9 **Polisy Ubezpieczyciel** udziela ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w **Umowie ubezpieczenia**.
2. Zastosowanie w treści niniejszych warunków czcionki wytłuszczonej wskazuje, że oznaczone w ten sposób pojęcie zostało zdefiniowane w § 8 (Definicje). Wszystkie definicje mają to samo znaczenie bez względu na to, czy zdefiniowane pojęcie użyte zostało w liczbie pojedynczej czy mnogiej.
3. Leadenhall Insurance S.A. działa w Polsce jako Lloyd's coverholder i jest przedstawicielem **Ubezpieczyciela** w sprawach związanych z zawarciem i wykonaniem **Umowy ubezpieczenia**. Wszelkie oświadczenia kierowane do **Ubezpieczyciela** w związku z **Umową ubezpieczenia** należy przysłać listem poleconym lub dostarczyć za potwierdzeniem odbioru na adres: Leadenhall Insurance S.A., ul. Domaniewska 42, 02-672 Warszawa.
4. **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** mają obowiązek zapoznać się z treścią niniejszych warunków oraz pozostałych dokumentów składających się na **Umowę ubezpieczenia**, gdyż precyzują one zasady, na jakich **Ubezpieczyciel** udziela ochrony ubezpieczeniowej. W razie wątpliwości **Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** powinni w pierwszej kolejności zwrócić się do swojego doradcy ubezpieczeniowego, który zaaranżował **Umowę ubezpieczenia**. W przypadku dodatkowych pytań kontakt z Leadenhall Insurance S.A. możliwy jest pod numerem telefonu +48 22 380 42 40 lub pocztą elektroniczną na adres: kontakt@leadenhall.pl.

§ 2

ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. **Ochrona ubezpieczeniowa** udzielana na podstawie niniejszych warunków może obejmować świadczenia z tytułu zakażenia wirusem HIV oraz zakażenia wirusem WZW.
2. Świadczenia objęte **Umową ubezpieczenia** są wskazane w punkcie 6 **Polisy**.
3. Świadczenia wypłacane z tytułu zakażenia wirusem HIV nie ograniczają prawa **Ubezpieczonego** do uzyskania świadczeń należnych z tytułu zakażenia wirusem WZW i odwrotnie.
4. Z zastrzeżeniem pozostałych zapisów niniejszych warunków, świadczenia z **Umowy ubezpieczenia** będą należne, o ile:
 - (a) **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,
 - (b) testy wykonane niezwłocznie po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** wykażą, że bezpośrednio przed **Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi** **Ubezpieczony** był wolny od zakażenia danym wirusem.

§ 3

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

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 wynoszącego 5 000 złotych 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 określone w pozycji A punktu 6 **Polisy**.
4. W granicach limitu wynoszącego 2 000 złotych na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty konsultacji lekarskich po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** i wykonania badań na obecność wirusa HIV.

§ 4

ZAKAŻENIE WIRUSEM WZW

1. Zakażenie wirusem WZW oznacza zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu B (WZW B) lub zakażenie Wirusowym Zapaleniem Wątroby typu C (WZW C).
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 B lub WZW C, to rozpoczyna bieg okres wyczekiwania wynoszący dwanaście miesięcy od daty przeprowadzenia testu dającego pozytywny wynik badania na obecność wirusa WZW B lub WZW C.
3. Jeżeli po upływie okresu wyczekiwania, o którym mowa w ust. 2, testy na obecność wirusa potwierdzą, że **Ubezpieczony** pozostaje zakażony wirusem WZW B lub WZW C, to **Ubezpieczyciel** wypłaci **Ubezpieczonemu** jednorazowe świadczenie określone w punkcie B pozycji 6 **Polisy**.
4. Świadczenie określone w pozycji B punktu 6 **Polisy** 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**.
5. W granicach limitu wynoszącego 2 000 złotych na cały **Okres Ubezpieczenia Ubezpieczyciel** zwróci **Ubezpieczonemu** koszty konsultacji lekarskich po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi** i wykonania badań na obecność wirusa WZW B i WZW C.

§ 5

WYŁĄCZENIA

1. **Umowa ubezpieczenia** nie pokrywa roszczeń w jakikolwiek sposób spowodowanych przez, lub do których przyczyniły się:
 - (a) przyjmowanie leków stosowanych w leczeniu uzależnień,
 - (b) samobójstwo, jego usiłowanie, albo celowe samookaleczenie **Ubezpieczonego**,
 - (c) 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**,
 - (d) dożylnie lub podskórnie przyjmowanie przez **Ubezpieczonego** leków innych niż leki przepisane w toku terapii zaleconej przez dyplomowanego lekarza.

2. Wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego** nie podlegają zwrotowi, jeżeli:
 - (a) pracodawca **Ubezpieczonego** jest obowiązany na podstawie umowy zawartej z **Ubezpieczonym** lub powszechnie obowiązujących przepisów do pokrycia lub zwrotu **Ubezpieczonemu** takich wydatków,
 - (b) **Ubezpieczony** z jakiegokolwiek przyczyny nie skorzysta z przysługujących mu świadczeń nieodpłatnych, w szczególności świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
3. Ponadto nie podlegają zwrotowi wydatki poniesione przez **Ubezpieczonego**:
 - (a) w celu złożenia wniosku o świadczenie z tytułu **Umowy ubezpieczenia** lub z tym związane,
 - (b) przekraczające sumę ubezpieczenia określoną w **Umowie ubezpieczenia**,
 - (c) w związku z transportem do lub ze szpitala lub innego podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
 - (d) w związku z odwołaniem przez **Ubezpieczonego** umówionej wizyty,
 - (e) na środki lecznicze lub procedury medyczne, które nie odpowiadają oficjalnym standardom, albo są eksperymentalne lub nieudowodnione naukowo.

§ 6

ROSZCZENIA

1. Przed wypłatą świadczeń z tytułu **Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel** dokonuje oceny zasadności roszczenia. Jednorazowe świadczenia określone w pozycjach A i B punktu 6 **Polisy** wypłacane będą po dokonaniu przez **Ubezpieczyciela** analizy zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz po ustaleniu związku przyczynowego pomiędzy **Niezamierzonym kontaktem z płynami ustrojowymi**, a zakażeniem.
2. Powiadomienia o **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi**, formalne zgłoszenie roszczenia oraz wszelką korespondencję związaną z ustaleniem zasadności oraz wysokości świadczenia należy kierować do **Ubezpieczyciela** za pośrednictwem:

Leadenhall Insurance S.A.
ul. Domaniewska 42
02-672 Warszawa
Telefon: +48 (22) 380 42 40 w godzinach od 9:00 do 17:00 w dni robocze
E-mail: claims@leadenhall.pl
3. W razie **Niezamierzonego kontaktu z płynami ustrojowymi Ubezpieczony** obowiązany jest niezwłocznie poinformować o tym fakcie **Ubezpieczyciela** oraz:
 - (a) zastosować się do **Procedury poekspozycyjnej** obowiązującej w miejscu pracy lub
 - (b) zgłosić się bezpośrednio do ośrodka referencyjnego leczenia antyretrowirusowego lub
 - (c) zgłosić się bezpośrednio do najbliższego szpitala zakaźnego lub szpitala prowadzącego oddział zakaźny.
4. Warunkiem uzyskania świadczeń z **Umowy ubezpieczenia** jest wszczęcie po **Niezamierzonym kontakcie z płynami ustrojowymi Procedury poekspozycyjnej** oraz przestrzeganie przez **Ubezpieczonego** jej postanowień.
5. W ciągu siedmiu dni od otrzymania zawiadomienia o roszczeniu **Ubezpieczyciel** informuje **Ubezpieczonego, Ubezpieczającego** lub **Osoby uprawnione** o sposobie likwidacji szkody oraz dokumentach wymaganych przez **Ubezpieczyciela** w celu ustalenia zasadności roszczenia oraz wysokości ewentualnych świadczeń

6. Dodatkowym warunkiem wypłaty świadczenia jest udostępnienie na żądanie **Ubezpieczyciela** przez **Ubezpieczonego**, na jego własny koszt, dokumentacji medycznej, notatek lub korespondencji związanej z przedmiotem roszczenia. Wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w języku polskim lub angielskim.
7. **Ubezpieczony** zobowiązuje się zwolnić lekarzy, u których leczyl się przed zaistnieniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a także podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie **Ubezpieczycielowi** dokumentacji medycznej związanej ze zdarzeniami objętymi **Umową ubezpieczenia**.
8. **Ubezpieczony** zobowiązuje się umożliwić przedstawicielowi **Ubezpieczyciela** przeprowadzenie na koszt **Ubezpieczyciela** badań tak często, jak to będzie konieczne w celu zweryfikowania roszczenia.
9. Zwrot kosztów, jakie **Ubezpieczony** poniósł na konsultację lekarską, wykonanie badań na obecność wirusów HIV lub WZW albo na zakup leku antyretrowirusowego, następuje na podstawie oryginalnych, imiennych dowodów płatności

§ 7

ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ PŁATNOŚĆ SKŁADKI

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od godziny 00:01 dnia oznaczonego w **Polisie** jako początek **Okresu ubezpieczenia**.
2. Jeżeli termin płatności składki lub jej pierwszej raty został wyznaczony przed rozpoczęciem **Okresu ubezpieczenia**, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona, to ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a **Umowa ubezpieczenia** ulega automatycznemu rozwiązaniu z upływem czterestu dni od wyznaczonego terminu płatności. Jeżeli **Ubezpieczający** opłacił składkę lub jej pierwszą ratę przed upływem czternastodniowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, to ochrona rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki.
3. **Ubezpieczyciel** ma prawo rozwiązać **Umowę ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli **Ubezpieczający** nie dostarczy **Wniosku** w terminie dziesięciu dni od daty rozpoczęcia **Okresu ubezpieczenia**.
4. Jeżeli **Ubezpieczyciel** ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia**, **Ubezpieczyciel** ma prawo do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** ze skutkiem natychmiastowym. W przypadku braku takiego wypowiedzenia ochrona wygasa z końcem okresu, za który przypadadała niezapłacona składka.
5. Nieopłacenie kolejnej raty składki w terminie określonym w **Umowie ubezpieczenia** uprawnia **Ubezpieczyciela** do wezwania **Ubezpieczającego** do zapłaty składki oraz wyznaczenia dodatkowego terminu na dokonanie płatności. Nieopłacenie kolejnej raty składki w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu skutkuje ustaniem odpowiedzialności **Ubezpieczyciela**.
6. Za zapłatę składki lub jej raty uznaje się zapłatę pełnej kwoty ustalonej w **Umowie ubezpieczenia**.
7. Za dzień płatności uznaje się datę skutecznej dyspozycji przelewu bankowego, datę stempla pocztowego na przekazie pocztowym lub dowodzie wpłaty, albo datę autoryzacji płatności on-line.
8. Jeżeli **Umowa ubezpieczenia** jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, **Ubezpieczający** ma prawo odstąpienia od **Umowy ubezpieczenia** w terminie trzydziestu dni, a w przypadku gdy **Ubezpieczający** jest przedsiębiorcą w terminie siedmiu dni, od dnia zawarcia umowy.
9. **Ubezpieczający** ma prawo do wypowiedzenia **Umowy ubezpieczenia** w każdej chwili ze skutkiem natychmiastowym oraz zwrotu składki za niewykorzystaną część **Okresu ubezpieczenia**.
10. W każdym przypadku rozwiązania **Umowy ubezpieczenia** przed terminem **Ubezpieczyciel** ma prawo dochodzić zapłaty składki za okres faktycznie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.

11. Cesja lub przelew wierzytelności z tytułu **Umowy ubezpieczenia** nie będą wiążące dla **Ubezpieczyciela** bez jego uprzedniej pisemnej zgody.

§ 8

DEFINICJE

1. **Okres ubezpieczenia** oznacza okres wskazany w punkcie 4 **Polisy**.
2. **Polisa** oznacza dokument o takim tytule, potwierdzający zawarcie **Umowy ubezpieczenia**, do którego załącznik stanowią niniejsze warunki.
3. **Procedura poekspozycyjna** oznacza zbiór zasad postępowania na wypadek wystąpienia bezpośredniego zagrożenia zakażeniem objętym **Umową ubezpieczenia** oraz prowadzenia związanej z nim dokumentacji.
4. **Niezamierzony kontakt z płynami ustrojowymi** oznacza 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).
5. **Ubezpieczający** oznacza określoną w punkcie 2 **Polisy** osobę fizyczną, osobę prawną lub inną jednostkę organizacyjną, zawierającą z **Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia** na podstawie niniejszych warunków.
6. **Ubezpieczony** oznacza określoną w punkcie 3 **Polisy** osobę fizyczną objętą ochroną ubezpieczeniową.
7. **Ubezpieczyciel** określony jest w punkcie 1 **Polisy**.
8. **Umowa ubezpieczenia** oznacza odpowiednio:
 - (a) niniejsze warunki ubezpieczenia, **Polisę, Wniosek** (jeżeli został przywołany w punkcie 11 **Polisy**), jakiegokolwiek inne przywołane w punkcie 11 **Polisy** dokumenty ubezpieczenia oraz wszystkie załączniki i aneksy do tych dokumentów,
 - (b) stosunek prawny szczegółowo uregulowany w dokumentach wymienionych w lit. (a) powyżej.
9. **Wniosek** oznacza podpisany przez **Ubezpieczającego** wniosek o zawarcie **Umowy ubezpieczenia**.

§ 9

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje (skargi, zażalenia) zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez **Ubezpieczyciela** lub Leadenhall Insurance S.A. można składać:
 - (a) pisemnie do zarządu Leadenhall Insurance S.A. na adres: ul. Domaniewska 42, 02-672 Warszawa,
 - (b) telefonicznie albo osobiście do protokołu w siedzibie Leadenhall Insurance S.A.,
 - (c) elektronicznie na adres: kontakt@leadenhall.pl
2. Odpowiedź **Ubezpieczyciela** lub Leadenhall Insurance S.A. na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo na wniosek osoby składającej reklamację Leadenhall Insurance S.A. działając we własnym imieniu lub w imieniu **Ubezpieczyciela** potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.

3. Leadenhall Insurance S.A. działając we własnym imieniu lub w imieniu **Ubezpieczyciela** udzieli odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Leadenhall Insurance S.A. wyśle w tym terminie informację dlaczego reklamacja nie mogła zostać rozpatrzona. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
4. Jeżeli odpowiedź na reklamację nie będzie satysfakcjonująca albo nie zostanie udzielona we wskazanym powyżej terminie możliwe jest jej skierowanie do Rzecznika Finansowego na adres:

Biuro Rzecznika Finansowego
Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa,
Tel. +48 22 333 73 26
E-mail: biuro@rf.gov.pl

Wskazany tryb rozpatrywania reklamacji nie ogranicza ani nie wpływa na uprawnienia **Ubezpieczającego**, **Ubezpieczonego** lub innych osób mających tytuł prawny wynikające z przepisów prawa.

§ 10

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Jeżeli w **Umowie ubezpieczenia** występuje więcej niż jeden **Ubezpieczyciel**, ich odpowiedzialność jest rozłączna, a nie solidarna. Każdy z **Ubezpieczycieli** ponosi odpowiedzialność ograniczoną wyłącznie do wysokości przyjętych na siebie zobowiązań i nie jest odpowiedzialny za zobowiązania któregokolwiek z pozostałych **Ubezpieczycieli**.
2. Żadna osoba nie będąca stroną **Umowy ubezpieczenia** nie może powoływać się na jej postanowienia, chyba że wynika to z bezwzględnie obowiązujących przepisów właściwego prawa.
3. Jeżeli jakiegokolwiek roszczenie stanowić będzie próbę wyłudzenia świadczenia lub jakiegokolwiek bezprawne kroki zostaną podjęte przez **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** lub jakąkolwiek inną osobę działającą w ich imieniu w celu osiągnięcia korzyści z tytułu **Umowy ubezpieczenia**, ewentualnie uzyskane z tego tytułu kwoty będą podlegać zwrotowi.
4. Jeżeli nie dojdzie do rozstrzygnięcia sporu na drodze polubownej, powództwo o roszczenia wynikające z **Umowy ubezpieczenia** można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego**.
5. W sprawach nieuregulowanych w **Umowie ubezpieczenia** mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i inne właściwe przepisy polskiego prawa.