

OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej
nr UZ/102/2013 z dnia 29 marca 2013 r. oraz uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.



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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 2, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 10 ust. 2, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22, § 23, § 24, § 25, § 26, § 27, § 28 ust. 2–4, § 31, § 33, § 38, § 41, § 42, § 43, § 44, § 45, § 46, § 47, § 48, § 49, § 50, § 51, § 54.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 2, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22, § 23, § 24, § 25, § 26 ust. 5–8, § 27, § 28 ust. 5, § 33, § 38, § 42, § 43 ust. 3 i 4, § 44, § 45, § 46, § 47, § 48, § 49, § 50, § 51, § 54.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną, zwaną dalej „PZU SA”, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi albo jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi.
- Na podstawie OWU, umowa ubezpieczenia może być zawarta jako:
 - umowa ubezpieczenia zbiorowego albo
 - umowa ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” zawierana na rachunek kandydatów na kierowców na czas kursu szkoleniowego albo egzaminu państwowego dla kandydatów na kierowców.

- OWU mają również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

§ 2

- W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odbiegające od ustalonych w OWU.
- W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odbiegających, OWU mają zastosowanie w zakresie nie uregulowanym tymi postanowieniami.
- PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie

może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

§ 3

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 4

Przez użyte w OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **akty terroryzmu** – działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego, transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych – dla osiągnięcia skutków ekonomicznych, politycznych lub społecznych;
 - 2) **bójkę** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
 - 3) **całkowite trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym, które stało się przyczyną całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, orzeczonej przez organ uprawniony do orzekania niezdolności do pracy lub niepełnosprawności na podstawie wniosku o ustalenie całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, złożonego nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia tego wypadku ubezpieczeniowego; trwałą niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy;
 - 4) **Centrum Alarmowe PZU** – Centrum Alarmowe działające na rzecz PZU SA, świadczące usługi assistance określone w OWU; centrum czynne 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, do którego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zgłoszenie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w celu uzyskania pomocy określonej w umowie ubezpieczenia; numer telefonu Centrum Alarmowego PZU podany jest w dokumencie ubezpieczenia; w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, numer telefonu Centrum Alarmowego PZU przekazywany jest ponadto drogą elektroniczną;
 - 5) **ciężkie obrażenia ciała** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego potwierdzoną w dokumentacji medycznej:
 - a) całkowitą i trwałą utratę wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub
 - b) trwałe i poważne naruszenie, względnie utratę funkcji ważnego narządu lub narządów: ślepotę jednoczną,
- poważne obustronne upośledzenie wzroku, utratę kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utratę ważnego narządu wewnętrznego, zeszywnienie jednego z dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego, skokowego), zwłaszcza w pozycji niekorzystnej, utratę zdolności chwytnej ręki (utratę co najmniej trzech palców ręki w tym kciuka), niedowład lub porażenie obejmujące co najmniej jedną kończynę;
- 6) **czasową niezdolność do pracy** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) **delegatodnie** – iloczyn planowanej przez ubezpieczającego na dany okres ubezpieczenia liczby osób delegowanych lub skierowanych do pracy za granicę i planowanej liczby dni delegowania lub skierowania za granicę tych osób;
 - 8) **dokument ubezpieczenia** – polisę, certyfikat lub inne potwierdzenie na piśmie zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 9) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbiście sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
 - 10) **hospitalizację** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień i związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie; w rozumieniu OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
 - 11) **konsumenta** – osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
 - 12) **krwotok śródczaszkowy** – wynaczynienie krwi do jamy czaszki;
 - 13) **leczenie** – wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
 - 14) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
 - 15) **leczenie uciążliwe** – związane z wypadkiem ubezpieczeniowym leczenie ubezpieczonego, z którym to leczeniem wiązała się konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej lub hospitalizacji trwającej minimum 5 dni;
 - 16) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
 - 17) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 18) **ograniczony czas ochrony ubezpieczeniowej** – obejmuje odpowiedzialność PZU SA z tytułu wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia:

- a) podczas wykonywania przez ubezpieczonego pracy zarobkowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia oraz w bezpośredniej drodze ubezpieczonego z domu do pracy i w bezpośredniej drodze ubezpieczonego z pracy do domu albo
- b) wyłącznie podczas wykonywania przez ubezpieczonego pracy zarobkowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia;
- 19) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
- 20) **operację chirurgiczną** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego i przeprowadzony metodą:
- otwartą lub
 - endoskopową;
- w rozumieniu OWU operacją chirurgiczną nie są: punkcje, biopsje, iniekcje, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacje, dializy, blokady, wenesekcje, tamponady, wziernikowania;
- 21) **osobę niesamodzielną** – osobę zamieszkujejącą z ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 22) **osobę wyznaczoną** – osobę wskazaną przez ubezpieczonego w czasie rozmowy telefonicznej z konsultantem Centrum Alarmowego PZU, zamieszkałą na terytorium RP; dla potrzeb OWU wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z upoważnieniem jej do sprawowania opieki określonej w § 18 ust. 1 pkt 5 lit. a–b lub pkt 6;
- 23) **osobodnie** – iloczyn planowanej przez ubezpieczającego na dany okres ubezpieczenia liczby osób ubezpieczonych i planowanej liczby dni ochrony ubezpieczeniowej;
- 24) **ośrodek szkolenia kierowców** – ośrodek prowadzony, na podstawie zezwolenia określonego przepisami Prawa o ruchu drogowym, przez przedsiębiorcę, jednostkę wojskową, jednostkę resortu spraw wewnętrznych;
- 25) **pełny czas ochrony ubezpieczeniowej** – obejmuje odpowiedzialność PZU SA z tytułu wypadków ubezpieczeniowych niezależnie od miejsca i chwili ich zajścia, pod warunkiem że zaszły w okresie ubezpieczenia;
- 26) **placówkę medyczną** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
- 27) **pracę zarobkową** – formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
- w ramach:
 - umowy cywilnoprawnej lub
 - stosunku pracy lub
 - stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub
 - w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
- 28) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów);
- 29) **przedstawiciela ustawowego** – rodzica posiadającego władzę rodzicielską albo opiekuna ustanowionego przez sąd;
- 30) **Regulamin** – właściwe regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną;
- 31) **rehabilitację** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
- 32) **roboczodniówki** – iloczyn planowanej przez ubezpieczającego na dany okres ubezpieczenia liczby osób zatrudnionych do pracy dorywczej w danej jednostce albo planowany stan zatrudnienia albo średni stan zatrudnienia tych osób i planowanej liczby dni zatrudnienia;
- 33) **RP** – Rzeczpospolitą Polską;
- 34) **sporty wysokiego ryzyka** – następującą aktywność sportową, której uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi i działania w warunkach dużego ryzyka, często zagrożenia życia:
- sporty motorowe lub motorowodne,
 - szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych,
 - wspinaczkę wysokogórską, skalną i skałkową, speleologię przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającą użycia takiego sprzętu,
 - rafting i wszystkie jego odmiany,
 - nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu (scuba diving), nurkowanie na zatrzymanym oddechu (free diving), nurkowanie wreskowe i jaskiniowe,
 - żeglarstwo morskie, śródlądowe, deskowe: surfing, windsurfing i wszystkie jego odmiany,
 - jazdę na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi,
 - narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle,
 - snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe,
 - airboarding, snake gliss, snowkite, snowtrikke, snowblades, supershorties, boardercross, snow-scooting, icesurfing;
 - skoki na gumowej linie, jumping, jumping B.A.S.E.,
 - sztuki walki i sporty obronne,
 - jeździectwo,
 - kolarstwo górskie, downhill,
 - udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej,
 - uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne;
- 35) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia;
- w rozumieniu OWU pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka lecz-

nia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych;

36) **śpiączkę** – stan zaistniały wskutek wypadku ubezpieczeniowego, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 30 dni, wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe organizmu, polegający na występowaniu głębokich ilościowych zaburzeń świadomości, wyrażających się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne słowne i bólowe, związany z ciężkim uszkodzeniem mózgu;

w rozumieniu OWU za śpiączkę nie jest uważana śpiączka farmakologiczna;

37) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowitą utratę fizycznej narządu lub organu lub całkowitą utratę ich funkcji;

38) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;

39) **ubezpieczającego** – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia;

40) **ubezpieczonego** – osobę fizyczną, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;

41) **umowa ubezpieczenia zbiorowego** – umowę ubezpieczenia zawartą na rachunek określonej w umowie grupy osób obejmującej co najmniej 5 osób;

42) **uposażonego** – osobę wskazaną imiennie przez ubezpieczonego jako upoważnioną do odbioru należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;

43) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;

44) **wojnę** – zorganizowany konflikt zbrojny między państwami, narodami lub grupami etnicznymi;

45) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników sportowych; obejmuje również zawodowe uprawianie sportu;

46) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, doznanie obrażeń ciała w wyniku ataku epilepsji lub omdlenia o nieustalonej przyczynie, krwotok śródczaszkowy, zawał serca, wystąpienie choroby tropikalnej;

47) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

5) wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

§ 6

Umowa ubezpieczenia może być zawarta w jednym z następujących zakresów ubezpieczenia:

1) zakres 1 obejmujący:

- a) świadczenie z tytułu śmierci,
- b) usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo

2) zakres 2 obejmujący:

- a) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- b) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- c) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP,
- d) świadczenie za leczenie uciążliwe,
- e) usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo

3) zakres 3 obejmujący:

- a) świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała,
- b) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- c) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP,
- d) usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo

4) zakres 4 obejmujący:

- a) świadczenie z tytułu śmierci,
- b) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- c) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- d) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP,
- e) świadczenie za leczenie uciążliwe,
- f) usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP albo

5) zakres 5 obejmujący:

- a) świadczenie z tytułu śmierci,
- b) świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała,
- c) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
- d) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP,
- e) usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP.

§ 7

PZU SA ponosi odpowiedzialność z tytułu wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 8.

§ 8

Umowa ubezpieczenia może być zawarta z pełnym lub ograniczonym czasem ochrony ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia dokładnie wskazuje ograniczony czas ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych:

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa:

- 1) nieszczęśliwych wypadków;
- 2) obrażeń ciała, których zaistnienie spowodowane zostało atakiem epilepsji albo omdleniem o nieustalonej przyczynie.

2. Za opłatą dodatkowej składki odpowiedzialność PZU SA może zostać rozszerzona o następstwa:

- 1) zawałów serca lub krwotoków śródczaszkowych;
- 2) chorób tropikalnych;
- 3) wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek aktów terroryzmu;
- 4) wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego występujących poza granicami RP;

- 1) w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajęcie wypadku ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajęcie wypadku ubezpieczeniowego. Wyłączenie to nie ma zastosowania w odniesieniu do kandydatów na kierowców, na rachunek których zawarta została umowa ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant”;
 - 4) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajęcie wypadku ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
 - 6) w związku z umyślnym popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
 - 7) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
 - 8) wskutek utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową, z zastrzeżeniem że wyłączenie to nie dotyczy utraty przytomności spowodowanej atakiem epilepsji lub omdleniem o nieustalonej przyczynie;
 - 9) w wyniku wykonywania procedur medycznych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
 - 10) na skutek wyczynowego uprawiania sportu;
 - 11) na skutek uprawiania sportów w wysokości ryzyka, chyba że odpowiedzialność PZU SA została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki;
 - 12) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg lub sabotażu, chyba że udział ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg wynikał z wykonywania czynności służbowych;
 - 13) w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego lub napromieniowania;
 - 14) na skutek aktów terroryzmu, chyba że odpowiedzialność PZU SA została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki;
 - 15) na skutek działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego występujących na terytorium RP i poza jej granicami; za opłatą dodatkowej składki odpowiedzialność PZU SA w tym zakresie może zostać rozszerzona, ale jedynie w odniesieniu do wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego występujących poza granicami RP.
2. Odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 pkt 2 oraz gdy odpowiedzialność PZU SA została rozsze-

rzona za opłatą dodatkowej składki również § 5 ust. 2 pkt 1–2 Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajęcie nieszczęśliwego wypadku (tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna) odpowiedzialność PZU SA obejmuje uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć, które są następstwem przyczyny zewnętrznej.

3. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są usługi assistance, gdy zdarzenie stanowiące podstawę organizacji takiej usługi powstało:
 - 1) w związku lub w następstwie okoliczności, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem że w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 11, 14 i 15, odpowiedzialność PZU SA może być rozszerzona za opłatą dodatkowej składki;
 - 2) w następstwie chorób lub stanów chorobowych, o których mowa w ust. 2.
4. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy, z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia może być rozszerzony, za opłatą dodatkowej składki, o zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.
5. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności dla włączonych do umowy ubezpieczenia świadczeń dodatkowych, ustalone są w umowie ubezpieczenia.
2. Ustalana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu śmierci, świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała, nie może wynosić mniej niż 3 000 zł.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający za zgodą PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
4. Zmiana warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3, powoduje konieczność dokonania ponownej kalkulacji składki na okres, w którym mają obowiązywać zmienione warunki ubezpieczenia.
5. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, PZU SA odpowiada w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia lub rozszerzonego zakresu ubezpieczenia począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody odpowiednio na podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia.

RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 11

Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.

Tabela Nr 1
Katalog świadczeń

Poz. Tabeli | **Rodzaje świadczeń**

Świadczenia podstawowe (przysługują w zależności od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 pkt 1–5)

1	Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego
2	Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
3	Świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała
4	Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
5	Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP
6	Świadczenie za leczenie uciążliwe
7	Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

Świadczenia dodatkowe za opłatą dodatkowej składki

8	Świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa
9	Zwrot kosztów leczenia
10	Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
11	Zasiłek dzienny
12	Dieta szpitalna
13	Świadczenie w związku z rekonwalescencją ubezpieczonego po jego hospitalizacji
14	Pomoc finansowa

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE

§ 12

Świadczenie z tytułu śmierci

Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie z tytułu śmierci przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajęcia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 13

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu

1. Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu – świadczenie z tego tytułu PZU SA wypłaca w zależności od określonego w umowie ubezpieczenia sposobu wyliczania wysokości tego świadczenia, tj.:

- 1) **wariant I** – w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na

zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, albo

- 2) **wariant II** – w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonej w umowie ubezpieczenia, stopnia (w procentach) trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wskaźnika progresji określonego w poniższej Tabeli Nr 2:

Tabela Nr 2

Stopień (w procentach) trwałego uszczerbku na zdrowiu	Wskaźnik progresji
do 25%	1,00
powyżej 25% do 50%	1,50
powyżej 50% do 65%	2,00
powyżej 65% do 85%	2,50
powyżej 85% do 100%	3,00

- albo
- 3) **wariant III** – w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie przekracza 20% świadczenie z tego tytułu nie przysługuje.

2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 14

Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała

1. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo obrażeń ciała powstałych w wyniku ataku epilepsji albo omdlenia o nieustalonej przyczynie ubezpieczony dozna trwałego uszkodzenia ciała, PZU SA wypłaca świadczenie za wymienione w Tabeli Nr 3 rodzaje trwałego uszkodzenia ciała i w określonej w niej wysokości.

Tabela Nr 3
Trwałe uszkodzenie ciała

Poz. Tabeli	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie
1	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80
2	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60
3	Całkowita utrata ręki	50
4	Całkowita utrata palców II, III, IV, V ręki	8 – za każdy palec
5	Całkowita utrata kciuka	22
6	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75

7	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego, podudzia lub stawów skokowych	60
8	Całkowita utrata stopy	40
9	Całkowita utrata palców stopy II, III, IV, V	3 – za każdy palec
10	Całkowita utrata palucha	15
11	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
14	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16	Całkowita utrata nosa	20
17	Całkowita utrata zębów stałych	2 za każdy utracony ząb stały – w przypadku utraty do 9 zębów stałych; maksymalnie 20 za wszystkie utracone zęby stałe – przypadku utraty powyżej 9 zębów stałych;
18	Całkowita utrata śledziony	20
19	Całkowita utrata jednej nerki	35
20	Całkowita utrata obu nerek	75
21	Całkowita utrata macicy	40
22	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
23	Całkowita utrata mowy	100
24	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100
25	Śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

2. Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała przysługuje, jeżeli trwałe uszkodzenie ciała nastąpiło nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 15

Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

1. Koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zwracane są do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z tytułu trwałego uszkodzenia ciała ustalonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż do wysokości 10 000 zł i pod warunkiem, że powstały one w następstwie wypadku

ubezpieczeniowego oraz konieczność nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego na te koszty.

2. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 16

Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP

Koszty przeszkolenia zawodowego na terytorium RP osób niepełnosprawnych zwracane są do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z tytułu trwałego uszkodzenia ciała ustalonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż do wysokości 10 000 zł i pod warunkiem, że powstały one w następstwie wypadku ubezpieczeniowego oraz konieczność ww. przeszkolenia zawodowego ubezpieczonego zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego na te koszty.

§ 17

Świadczenie za leczenie uciążliwe

Jeżeli leczenie związane z wypadkiem ubezpieczeniowym było leczeniem uciążliwym, a nie stwierdzono trwałego uszczerbku na zdrowiu, wówczas ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 1% ustalonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale nie więcej niż 1 000 zł. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie za leczenie uciążliwe z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego.

§ 18

Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

1. Usługi assistance, o których mowa w pkt 1–7 są świadczone przez Centrum Alarmowe PZU na terytorium RP w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 8. W zależności od zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego, na wniosek ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance:

1) Pomoc medyczna

PZU SA organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance maksymalnie do łącznej kwoty 2 000 zł na wszystkie poniżej wymienione usługi w odniesieniu do każdego wypadku ubezpieczeniowego:

- wizyta lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego** – zorganizowanie jednej wizyty lekarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów dojazdu lekarza i jego honorarium, przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty;
- wizyta ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej** – zorganizowanie jednej wizyty ubez-

pieczonego u lekarza w placówce medycznej wskazanej przez Centrum Alarmowe PZU oraz pokrycie honorarium tego lekarza, przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty; na wniosek ubezpieczonego PZU SA organizuje jego transport do placówki medycznej i pokrywa jego koszty;

- c) **wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego** – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego wymaga wizyty pielęgniarki w jego miejscu pobytu, PZU SA organizuje oraz pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej honorarium; usługa ta obejmuje zabiegi lecznicze zalecone przez lekarza leczącego ubezpieczonego;
- d) **transport** – PZU SA zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:
- do odpowiedniej placówki medycznej z miejsca pobytu ubezpieczonego lub z miejsca wypadku ubezpieczeniowego,
 - między placówkami medycznymi, gdzie udzielano kolejnej pomocy medycznej lub gdy ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej,
 - do innego szpitala, jeżeli placówka medyczna, w której ubezpieczony jest hospitalizowany nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia,
 - z placówki medycznej do miejsca pobytu ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej, gdy zgodnie z zaleceniem lekarza leczącego ubezpieczonego, ubezpieczony nie powinien korzystać z własnego środka transportu lub publicznych środków transportu lokalnego.

2) **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna** PZU SA zapewnia:

- a) **organizację procesu rehabilitacji** – jeżeli lekarz leczący ubezpieczonego zaleci zabiegi rehabilitacyjne, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty (koszty dojazdu i honorarium) w miejscu pobytu ubezpieczonego albo organizuje i pokrywa koszty transportu ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz koszty zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w poradni rehabilitacyjnej; usługa realizowana jest maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym o miejscu wykonania zabiegów decyduje lekarz leczący ubezpieczonego;
- b) **dotawę drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego w domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty usługi informacyjnej dotyczącej placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; ponadto PZU SA organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego do miejsca pobytu ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu pokrywa ubezpieczony;
- c) **dotawę leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego musi przebywać w domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty jednorazowego dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego przepisanych na receptę przez lekarza niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie RP;

jeżeli ubezpieczony ponadto potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty, PZU SA organizuje i pokrywa koszty dostarczenia wskazanych przez ubezpieczonego leków dostępnych bez recepty; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty leków pokrywa ubezpieczony;

- d) **domową opiekę pielęgniarstwa po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgniarstwa (koszt dojazdu pielęgniarstwa i jej honorarium) po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu pobytu ubezpieczonego; o celowości domowej opieki pielęgniarstwa decyduje lekarz leczący ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 1 000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

3) **Pomoc psychologa**

Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA ubezpieczony dozna ciężkich obrażeń ciała lub wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA, w którym uczestniczył ubezpieczony nastąpi:

- a) śmierć małżonka ubezpieczonego lub
- b) śmierć dziecka ubezpieczonego lub
- c) śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka ubezpieczonego,

i ubezpieczony zgłasza potrzebę skorzystania z pomocy psychologa, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt ubezpieczonego u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej, tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1 500 zł. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA nastąpi zgon ubezpieczonego, pomoc psychologa, o której mowa wyżej, przysługuje współmałżonkowi, dzieciom i rodzicom ubezpieczonego. PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt takiej osoby u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1 500 zł na każdą osobę.

4) **Pomoc domowa**

Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni i jednocześnie z uwagi na stan jego zdrowia wynikający z ww. wypadku ubezpieczeniowego konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. Usługa obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego. Koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.

- 5) **Opieka nad dziećmi ubezpieczonego, które nie ukończyły 18 roku życia i osobami niesamodzielnie zamieszkałymi wspólnie z ubezpieczonym**
W przypadku hospitalizacji ubezpieczonego będącej wynikiem wypadku ubezpieczeniowego, po uzgodnie-

niu przez lekarza Centrum Alarmowego PZU z lekarzem leczącym ubezpieczonego przewidywanego czasu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, PZU SA organizuje:

- a) **transport dzieci lub osób niesamodzielnych** wraz z osobą towarzyszącą, do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej oraz pokrywa koszty takiego transportu, a także pokrywa koszty ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe); usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, albo
- b) **transport osoby wyznaczonej** do miejsca zamieszkania ubezpieczonego na terytorium RP, w którym znajdują się dzieci lub osoby niesamodzielne oraz pokrywa koszty takiego transportu, a także pokrywa koszty jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe); usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;

Skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a–b w związku z zajściem jednego wypadku ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym wypadkiem ubezpieczeniowym. O wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a–b, decyduje ubezpieczony.

W przypadku, gdy PZU SA nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia Centrum Alarmowego PZU o konieczności organizacji ww. usługi przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a albo b, PZU SA wykonuje na wniosek ubezpieczonego usługę polegającą na:

- c) **zorganizowaniu opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego** na terytorium RP przez okres nie dłuższy niż 3 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy; Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, PZU SA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

6) **Opieka nad psami i kotami**

Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje przewóz psów lub kotów ubezpieczonego do osoby wyznaczonej lub do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu. Usługa jest realizowana maksymalnie do wysokości 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

7) **Infolinia medyczna i telefoniczna konsultacja z lekarzem Centrum Alarmowego PZU**

PZU SA zapewnia dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Alarmowego PZU, który w miarę istniejących możliwości udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do postępowania w zakresie opieki zdrowotnej. Informacje te nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

2. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione przez ubezpieczonego bez zgody Centrum Alarmowego PZU, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym PZU w sposób określony w § 43 ust. 1 nie było możliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE ZA OPŁATĄ DODATKOWEJ SKŁADKI

§ 19

Świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa

1. W przypadku wystąpienia w następstwie wypadku ubezpieczeniowego całkowitego trwałego inwalidztwa, PZU SA wypłaca świadczenie w wysokości 100% limitu dla tego świadczenia ustalonego w umowie ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 100 000 zł, z zastrzeżeniem że świadczenie to nie przysługuje, jeżeli całkowite trwałe inwalidztwo powstało w wyniku obrażeń ciała, do których doszło w czasie ataku epilepsji albo omdlenia o nieustalonej przyczynie.
2. Świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa może być włączone do umowy ubezpieczenia tylko dla osób pełnoletnich.

§ 20

Zwrot kosztów leczenia

1. Koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegają zwrotowi, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) poniesione zostały w związku z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
 - 2) były uzasadnione z medycznego punktu widzenia;
 - 3) konieczność poniesienia kosztów leczenia zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
 - 4) w przypadku rehabilitacji – jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 20 000 zł na koszty powstałe w wyniku zajścia wszystkich wypadków ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia.
3. Zwrot kosztów leczenia poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 21

Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

1. Jeżeli wskutek wypadku ubezpieczeniowego uszkodzeniu lub zniszczeniu ulegną używane przez ubezpieczonego przedmioty ortopedyczne albo środki pomocnicze, PZU SA pokrywa koszty naprawy albo zakupu tych przedmiotów lub środków, pod warunkiem że konieczność naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów naprawy lub zakupu następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 1 000 zł na koszty powstałe w wyniku zajścia wszystkich wypadków ubezpieczeniowych w okresie ubezpieczenia.
2. Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

czych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 22

Zasiłek dzienny

1. Zasiłek dzienny jest to świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku zajęcia wypadku ubezpieczeniowego. Zasiłek dzienny może być włączony do umowy ubezpieczenia tylko dla osób pracujących zarobkowo.
2. Zasiłek dzienny nie może być włączony do umów ubezpieczenia zawieranych na okres krótszy od roku.
3. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem że wypłacany jest maksymalnie przez okres 60 dni. Wysokość zasiłku dziennego ustalona jest w umowie ubezpieczenia, przy czym ustalona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 200 zł za 1 dzień. W przypadku zajęcia w okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego – wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 60 dni.
4. Zasiłek dzienny płatny jest w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego od 1-go dnia, a w przypadku leczenia ambulatoryjnego od 7-go dnia po wypadku ubezpieczeniowym.
5. Zasiłek dzienny wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed wypadkiem ubezpieczeniowym stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego w wypadku gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek wykonywał pracę zarobkową.

§ 23

Dieta szpitalna

1. Dieta szpitalna wypłacana jest za każdy dzień hospitalizacji spowodowanej wypadkiem ubezpieczeniowym, przy czym przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu każdego wypadku ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1 dnia hospitalizacji ubezpieczonego.
2. Dieta szpitalna wypłacana jest w ustalonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym określona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 300 zł za 1 dzień.
3. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.

§ 24

Świadczenie w związku z rekonwalescencją ubezpieczonego po jego hospitalizacji

1. Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony był hospitalizowany, wówczas PZU SA wypłaca świadczenie za okres równy połowie liczby dni każdej hospitalizacji ubezpieczonego związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym. Jeżeli liczba dni hospitalizacji była nieparzysta, dla ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się tę liczbę powiększoną o jeden dzień.
2. Świadczenie za 1 dzień rekonwalescencji wypłacane jest w ustalonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym ustalona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 50 zł za 1 dzień.

3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie karty informacyjnej, wystawionej przez szpital, potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.

§ 25

Pomoc finansowa

1. Świadczenie wypłacane jest w ustalonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym ustalona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 5 000 zł na jeden wypadek ubezpieczeniowy.
2. Świadczenie pomocy finansowej wypłacane jest:
 - 1) jeżeli trwałe uszczerbek na zdrowiu przekracza 30% – w przypadku umowy obejmującej zakresem świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, o której mowa w § 6 pkt 2 i 4;
 - 2) jeżeli świadczenie wypłacane z tytułu trwałego uszkodzenia ciała przekracza 30% – w przypadku umowy obejmującej zakresem świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała, o której mowa w § 6 pkt 3 i 5.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE UMOWY UBEZPIECZENIA „BEZPIECZNY KURSANT”

§ 26

1. W umowie ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków.
2. Umowa ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” zawierana jest na rachunek co najmniej 2 kandydatów na kierowców, na wniosek organizatora kursu szkoleniowego albo wojewódzkiego ośrodka ruchu drogowego.
3. Ubezpieczonym mogą być objęci uczestnicy kursów organizowanych na terytorium RP przez ośrodki szkolenia kierowców – zarówno w trybie stacjonarnym jak i ekstermistycznym albo osoby przystępujące do państwowego egzaminów na prawo jazdy organizowanych przez wojewódzkie ośrodki ruchu drogowego.
4. Umowa ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” zawierana jest w zakresie ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 pkt 4.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalane jest w zależności od określonego w umowie ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” sposobu wyliczania wysokości tego świadczenia. Umowa ubezpieczenia może wskazywać jeden z dwóch wariantów sposobu wyliczania wysokości powyższego świadczenia tj. wariant I albo wariant II, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1–2.
6. Ustalona w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższa niż 100 000 złotych. Suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu śmierci wynosi 100% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. PZU SA ponosi odpowiedzialność z tytułu nieszczęśliwych wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia podczas trwania nauki na kursie szkoleniowym, tj. podczas zajęć teoretycznych lub praktycznych związanych ze szkoleniem łącznie z kończącym szkolenie egzaminem wewnętrznym albo podczas państwowego egzaminu na prawo jazdy.
8. Za nieszczęśliwe wypadki powstałe podczas kierowania pojazdami, PZU SA odpowiada tylko wówczas, gdy jazda odbywa się pod nadzorem instruktora zatrudnionego przez ośrodek szkolenia kierowców albo egzaminatora wojewódzkiego ośrodka ruchu drogowego.

9. Fakt zaistnienia nieszczęśliwego wypadku powinien zostać potwierdzony przez organizatora kursu albo wojewódzki ośrodek ruchu drogowego.

§ 27

Do umowy ubezpieczenia „Bezpieczny Kursant” stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem uregulowań szczególnych określonych w § 26.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

§ 28

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego zawierającego informacje niezbędne do dokonania oceny ryzyka i określenia należytej składki. Umowa ubezpieczenia może być również zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytuje w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU SA niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 2 i 3 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
5. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2–4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2–4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 29

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 30

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU SA doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonej przez ubezpieczającego oferty, PZU SA zobowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
2. W braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

§ 31

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony.
2. Umowę ubezpieczenia zbiorowego zawiera się z imiennym wskazaniem ubezpieczonych lub bez imiennego ich wskazania.
3. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia z imiennym wskazaniem ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć do PZU SA imienny wykaz ubezpieczonych. W tym przypadku ubezpieczenie obejmuje tylko osoby podane w wykazie. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość wykaz, o którym mowa powyżej, ubezpieczający jest zobowiązany przedstawić PZU SA w uzgodniony przez strony sposób.
4. Umowa ubezpieczenia zbiorowego może być zawarta bez imiennego wskazania ubezpieczonych tylko w przypadku objęcia ochroną wszystkich osób należących do określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób.
5. W umowie ubezpieczenia zbiorowego, o której mowa w ust. 4, ubezpieczający zobowiązany jest podać liczbę ubezpieczonych albo liczbę osobodni, delegatodni albo roboczodniówek do wykorzystania w okresie ubezpieczenia.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zbiorowego, o której mowa w ust. 4, ubezpieczający zobowiązany jest prowadzić imienną ewidencję ubezpieczonych z podziałem według wykonywanej przez te osoby pracy lub czynności oraz udostępniać ją do wglądu na każde żądanie PZU SA.

§ 32

W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną zawarcie umowy następuje po uprzednim:

- 1) zapoznaniu się z Regulaminem oraz jego zaakceptowaniu przez ubezpieczającego;
- 2) potwierdzeniu przez ubezpieczającego doręczenia OWU przed zawarciem umowy oraz zaakceptowaniu ich treści.

W tym przypadku umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem zapłaty składki.

§ 33

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zaplaceniu składki lub jej pierwszej raty, chyba że umówiono się inaczej.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia oznaczonego w umowie ubezpieczenia jako data początkowa okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zaplaceniu składki.

SKŁADKA ZA UBEZPIECZENIE

§ 34

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się w zależności od:
 - 1) sumy ubezpieczenia;
 - 2) okresu ubezpieczenia;
 - 3) zakresu ubezpieczenia;
 - 4) czasu ochrony ubezpieczeniowej;

- 5) klasy i stopnia ryzyka;
 - 7) liczby ubezpieczonych albo liczby osobodni, delegatodni albo roboczdniówek w przypadku umów ubezpieczenia, w których ubezpieczający przy zawarciu umowy ubezpieczenia podaje określoną liczbę osobodni, delegatodni albo roboczdniówek do wykorzystania w okresie ubezpieczenia;
 - 8) obniżki i zwwyżki składki, o których mowa w ust. 3.
3. W umowach ubezpieczenia, w zależności od liczby ubezpieczonych i przebiegu ubezpieczenia ustalanego na podstawie danych dotyczących bezpośrednio poprzedzających umów ubezpieczenia zawartych w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z PZU SA, stosuje się obniżkę albo podwyżkę składki. Postanowienie powyższe nie dotyczy umów ubezpieczenia, w których składkę ustala się w zależności od liczby delegatodni, osobodni albo roboczdniówek.

§ 35

1. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 36. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
2. W przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na okres roczny lub dłuższy od roku, na wniosek ubezpieczającego, dopuszcza się możliwość zapłaty składki w ratach, z zastrzeżeniem ust. 3. Terminy płatności i wysokość poszczególnych rat składki określa się w dokumencie ubezpieczenia.
3. W umowach ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość składka może być płatna tylko jednorazowo.
4. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo, w porozumieniu z PZU SA, w formie bezgotówkowej.
5. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za dzień zapłaty uważa się datę, w której pełna kwota składki albo raty składki znalazła się na rachunku bankowym PZU SA.
6. Składka nie podlega indeksacji.

§ 36

1. W przypadku umów ubezpieczenia zbiorowego zawieranych bez imiennego wskazania ubezpieczonych, w których składkę ustala się w zależności od liczby delegatodni, osobodni albo roboczdniówek, ubezpieczający przy zawarciu umowy płaci składkę zaliczkową.
2. Ostateczne rozliczenie składki zaliczkowej, o której mowa w ust. 1, następuje po upływie okresu ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie podanym w umowie ubezpieczenia do podania liczby wykorzystanych osobodni, roboczdniówek albo delegatodni.
3. Jeżeli liczba wykorzystanych osobodni, roboczdniówek albo delegatodni przekracza liczbę zadeklarowanych osobodni, roboczdniówek albo delegatodni i opłaconą składkę zaliczkową, PZU SA wzywa ubezpieczającego do dokonania dopłaty składki w wskazanym terminie. W przypadku nie dokonania dopłaty składki w wyznaczonym terminie, PZU SA przysługują odsetki za czas opóźnienia.
4. Jeżeli liczba wykorzystanych osobodni, roboczdniówek albo delegatodni jest mniejsza niż zadeklarowana, PZU SA zwraca różnicę w składce.

§ 37

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może

żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie ogłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym składając oświadczenie w tym zakresie.

ROZWIĄZANIE UMOWY I USTANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

ZWROT SKŁADKI

§ 38

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 39;
 - 2) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia;
 - 3) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
 - 4) z upływem 7 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności;
 - 5) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 3;
 - 6) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron;
 - 7) w stosunku do danego ubezpieczonego z chwilą jego śmierci.
2. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
3. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym składając oświadczenie w tym zakresie.

§ 39

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia składając oświadczenie w tym zakresie, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy z zastrzeżeniem ust. 2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU SA nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w której ubezpieczający jest konsumentem termin, w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia składając pisemnie oświadczenie w tym zakresie wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy

przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia nie przysługuje ubezpieczającemu będącemu konsumentem, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została na okres krótszy niż 30 dni.

§ 40

W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 41

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
- 2) zawiadomić PZU SA o zajściu wypadku ubezpieczeniowego i dostarczyć:
 - a) szczegółowy opis przyczyn i przebiegu wypadku,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego okresie ubezpieczenia,
 - c) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia,
 - d) rachunki i dowody zapłaty kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
 - e) dokument uprawniający do kierowania pojazdem, jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas wypadku,
- 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności określonych w dokumentach wymienionych w pkt 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po wypadku.

2. W razie śmierci ubezpieczonego uposażony zobowiązany jest przedłożyć PZU SA do wglądu odpis aktu zgonu oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu, jeśli jest uprawniony do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku wskazania uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 49 ust. 2 zobowiązana jest przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci.

§ 42

PZU SA zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

§ 43

1. W celu skorzystania z usług assistance, o których mowa w § 18 ust. 1, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zajściu zdarzenia i przed podjęciem działań we własnym zakresie, zawiadomić tele-

fonicznie o wypadku ubezpieczeniowym Centrum Alarmowe PZU i podać następujące informacje:

- 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania ubezpieczonego oraz imię i nazwisko lub nazwę ubezpieczającego;
 - 2) numer telefoniczny, pod którym Centrum Alarmowe PZU może skontaktować się z ubezpieczonym lub jego przedstawicielem;
 - 3) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego PZU, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
2. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z przyczyn niezależnych od siebie nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym PZU w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum Alarmowym PZU stało się możliwe, powiadomić o zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z Centrum Alarmowym PZU.
3. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z Centrum Alarmowym PZU, o której mowa w § 18 ust. 2, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług assistance, o których mowa w § 18 ust. 1, PZU SA zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w OWU dla danej usługi assistance, a jeżeli limit ten nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której usługa ta została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU SA oraz imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 2, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 2, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 44

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego następuje na podstawie dostarczonej dokumentacji lub informacji wskazanych w § 41 ust. 1 oraz wyników badań lekarskich.
3. Na zlecenie oraz na koszt PZU SA ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym

lub badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń.

4. Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, PZU SA zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazd do celu wykonania badań, o których mowa w ust. 3.

§ 45

Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA” zatwierdzonej uchwałą Zarządu PZU SA i obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, którą PZU SA na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego udostępnia do wglądu w jednostkach organizacyjnych PZU SA oraz na stronach internetowych PZU SA.

§ 46

Jeżeli w umowie ubezpieczenia zawartej w zakresie ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 pkt 3 albo pkt 5 rozszerzono odpowiedzialność PZU SA o następstwa zawału serca, krwotoku śródczaszkowego lub choroby tropikalnej – w przypadku, gdy następstwem zawału serca, krwotoku śródczaszkowego lub choroby tropikalnej będzie trwały uszczerbek na zdrowiu, wówczas wysokość świadczenia ustala się według zasad określonych w § 13 ust. 1 pkt 1 i § 45.

§ 47

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24-tym miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
2. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli w wyniku wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z wyjątkiem § 13 ust. 1 pkt 2.
4. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem ubezpieczeniowym były już upośledzone wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku ubezpieczeniowym a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU SA.

§ 48

Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych z PZU SA, świadczenia przysługują z każdej umowy, jednak zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na tery-

rium RP, a także zwrot kosztów leczenia oraz zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – o ile świadczenia te zostały włączone do umowy ubezpieczenia – następuje do wysokości rzeczywistych udowodnionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

§ 49

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w przypadku gdy ubezpieczony jest małoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu. Świadczenia wypłacane są wyłącznie w złotych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu, a w razie braku wskazania uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom w częściach równych, w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – udział jaki by przypadł temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
 - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznanymi, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców;
 - 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.Wpłata świadczenia osobie lub osobom należącym do wyższej kategorii wyklucza wypłatę świadczenia osobie lub osobom należącym do niższej kategorii (kategorię najwyższą stanowi pkt 1).
3. Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego.
4. W razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci PZU SA zwraca, w granicach sumy ubezpieczenia, udokumentowane koszty pogrzebu ubezpieczonego osobie, która je poniosła, przy czym koszty te zwracane są tylko wówczas, gdy nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 50

Jeżeli PZU SA wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo trwałego uszkodzenia ciała, a następnie w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci ustalonej w umowie ubezpieczenia i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo trwałego uszkodzenia ciała.

§ 51

W razie śmierci ubezpieczonego nie będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała – PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z tytułu trwałego uszkodzenia ciała spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nie został

ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

§ 52

1. PZU SA jest zobowiązany:

- 1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
- 2) jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:
 - a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
 - b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części świadczenia;
- 3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
 - a) osoby występującej z roszczeniem oraz
 - b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
- 5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
- 6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępniania posiadanych przez siebie informacji związanych ze zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności zdarzenia losowego, jak również wysokości świadczenia;
- 7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez niego na etapie zawierania umowy ubezpieczenia

na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.

2. PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU SA powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 53

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU SA.
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
3. Reklamacja może być złożona w formie:
 - 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w ust. 1, w jednostce, o której mowa w ust. 2;
 - 3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
4. PZU SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedź, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Odpowiedź PZU SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej PZU SA.

9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną określoną w przepisach wewnętrznych PZU SA obowiązujących na dzień składania skargi lub zażalenia. Informacja w tym zakresie jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU SA.
10. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 54

W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

§ 55

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

§ 56

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