



Ogólne warunki jednostkowego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/110/2008 z dnia 3 marca 2008 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/569/2009 z dnia 29 grudnia 2009 r. oraz uchwałą nr UZ/14/2011 z dnia 13 stycznia 2011 r.

Postanowienia ogólne

§ 1.

Ogólne warunki jednostkowego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zwany dalej „PZU SA” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi albo jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi.

§ 2.

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Postanowienia te powinny być sporządzone na piśmie.
2. PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia 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. Postanowienia tego 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 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

Definicje

§ 4.

Przez użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia rozumie się:

- 1) **akty terroryzmu** – wszelkiego rodzaju działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu mające na celu wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności, dezorganizację 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 razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- 3) **całkowite trwale 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 nie później niż 24 miesiące od dnia tego wypadku; trwała 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 na terytorium RP usługi assistance określone w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego; Centrum Alarmowe PZU czynne 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, do którego ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) zobowiązany jest zgłosić zaistniałe zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową; numer telefonu Centrum Alarmowego PZU podany jest w dokumencie ubezpieczenia; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przez telefon – numer telefonu Centrum Alarmowego PZU przekazywany jest ponadto drogą elektroniczną (e-mail) lub telefoniczną (– SMS);
- 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) trwale i poważne naruszenie względnie utrata funkcji ważnego narządu lub narządów, a zwłaszcza: ślepotą jednooczną, poważne obustronne upośledzenie wzroku, utrata kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utrata ważnego narządu wewnętrznego (np. nerki, płuca), zeszywnienie jednego z dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego, skokowego) zwłaszcza w pozycji niekorzystnej, utrata zdolności chwytnej ręki (utrata 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 prawnymi;
- 7) **dokument ubezpieczenia** – polisę, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 8) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych w czasie wojny mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
- 9) **hospitalizację** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie, dłużej niż 1 dzień:
 - a) którego celem jest poddanie się uzasadnionemu stanem zdrowia leczeniu i który jest niezbędny z medycznego punktu widzenia, a odroczenie w czasie pomocy medycznej w szpitalu mogłoby skutkować utratą zdrowia albo życia,
 - lub
 - b) związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie;

- w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia 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;
- 10) **konsumenta** – osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
 - 11) **krwotok śródczaszkowy** – wynaczynienie krwi do jamy czaszki;
 - 12) **leczenie** – wizyty lekarskie, leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
 - 13) **leczenie uciążliwe** – związane z wypadkiem ubezpieczeniowym leczenie ubezpieczonego, z którym to leczeniem wiązała się konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej lub hospitalizacji trwającej minimum 5 dni;
 - 14) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
 - 15) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 16) **ograniczony czas ochrony ubezpieczeniowej** – czas obejmujący odpowiedzialność za wypadki ubezpieczeniowe, jakie mogą wydarzyć się ubezpieczonemu:
 - a) podczas wykonywania pracy zarobkowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia oraz w drodze z domu do pracy i z pracy do domu,
 - b) wyłącznie podczas pracy zarobkowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia;
 - 17) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
 - 18) **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:
 - a) otwartą lub
 - b) endoskopową;
 operacją chirurgiczną, w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie są takie zabiegi medyczne jak punkcje, biopsje, iniekcje, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacje, dializy, blokady, wenesekcje, tamponady, wziernikowania;
 - 19) **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;
 - 20) **pełny czas ochrony ubezpieczeniowej** – czas obejmujący odpowiedzialność za wypadki ubezpieczeniowe niezależnie od miejsca i chwili ich zajścia pod warunkiem, że nastąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
 - 21) **placówkę medyczną** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z obowiązującymi przepisami na terytorium RP lub lekarza prowadzącego praktykę lekarską na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
 - 22) **pracę zarobkową** – każdą formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem w ramach umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej, a także w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
 - 23) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą funkcję narządów (organów), zalecone przez lekarza leczącego;
 - 24) **przedstawiciela ustawowego** – rodzica posiadającego władzę rodzicielską albo opiekuna ustanowionego przez sąd;
 - 25) **rehabilitację** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
 - 26) **rekreacyjne uprawianie sportu** – formę aktywności fizycznej, której celem jest wypoczynek i rozrywka, wykonywaną w czasie wolnym od obowiązków zawodowych lub szkolnych;
 - 27) **RP** – Rzeczypospolitą Polską;
 - 28) **sporty wysokiego ryzyka** – rekreacyjne uprawianie sportów motorowych lub motorowodnych, (tj. sportów, których nie można uprawiać bez silnika stosowanego jako bezpośredni napęd lub jako siła pociągowa), lotniczych (szybownictwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa oraz wszelkiego rodzaju ich odmian), alpinizmu, speleologii, wspinaczki skalnej, trekkingu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, żeglarstwa morskiego, kite surfing, jazdy na nartach lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, skoków bungee oraz uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
 - 29) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia;
 w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych;
 - 30) **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 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia za śpiączkę nie jest uważana śpiączka farmakologiczna;
 - 31) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowitą utratę fizyczną narządu lub organu lub całkowitą utratę ich funkcji spowodowaną wypadkiem ubezpieczeniowym;
 - 32) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
 - 33) **ubezpieczającego** – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia;
 - 34) **ubezpieczonego** – osobę fizyczną, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
 - 35) **umowa ubezpieczenia jednostkowego** – umowę ubezpieczenia zawartą na rachunek jednej osoby fizycznej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia;
 - 36) **umowa ubezpieczenia rodzinnego** – umowę ubezpieczenia zawartą na rachunek co najmniej dwóch osób wskazanych w dokumencie ubezpieczenia tj. małżonków albo konkubentów pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, dzieci niepełnoletnich lub kontynuujących naukę, które w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia nie ukończyły 24 roku życia.
- Za dzieci w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia rodzinnego uważa się: dzieci wspólne małżonków albo konkubentów, dzieci konkubenta, dzieci drugiego małżonka, w tym przysposobione, pozostające pod opieką lub przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;

- 37) **uposażonego** – osobę wskazaną imiennie przez ubezpieczonego jako upoważnioną do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
- 38) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
- 39) **wojnę** – zorganizowany konflikt zbrojny między państwami, narodami lub grupami etnicznymi;
- 40) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych i szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników sportowych; obejmuje również zawodowe uprawianie sportu;
- 41) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, doznanie obrażeń ciała w wyniku ataku epilepsji lub omdlenia o nieustalonej przyczynie, krwotok śródczaszkowy, zawał serca, wystąpienie choroby tropikalnej;
- 42) **zawodowe uprawianie sportu** – regularne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych i szkoleniowych połączone z czerpaniem dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 43) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 5.

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:
 - 1) następstwa nieszczęśliwych wypadków,
 - 2) następstwa obrażeń ciała, których zaistnienie spowodowane zostało atakiem epilepsji albo omdleniem o nieustalonej przyczynie,
 - 3) następstwa zawałów serca lub krwotoków śródczaszkowych, pod warunkiem, że ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia nie ukończył 30 lat.
2. Przedmiotem ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki mogą być:
 - 1) następstwa chorób tropikalnych,
 - 2) następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek aktów terroryzmu,
 - 3) następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego poza granicami RP,
 - 4) następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 5) następstwa zawałów serca lub krwotoków śródczaszkowych, jeżeli ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia ukończył 30 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia ukończył 65 lat, przedmiot ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki może być rozszerzony o następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego, pod warunkiem, że był on przez co najmniej 2 ostatnie lata ubezpieczony w PZU SA w ramach umowy lub umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, w których rozszerzono przedmiot ubezpieczenia o następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego.

§ 6.

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

- 1) świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego obejmujące:
 - a) świadczenie z tytułu śmierci,
 - b) świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo
- 2) świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu obejmujące:

- 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) świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo
- 3) świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała obejmujące:
 - 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) świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo
 - 4) świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu obejmujące:
 - 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) świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP, albo
 - 5) świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała obejmujące:
 - 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) świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP.

§ 7.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, o których mowa w § 5 niezależnie od miejsca zajścia wypadków ubezpieczeniowych (na terytorium RP i poza jej granicami) pod warunkiem, że zaszły w okresie ubezpieczenia. Świadczenia wypłacane są wyłącznie w złotych.

§ 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 wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli te wypadki powstały:
 - 1) w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście 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 kie-

- rowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
- 4) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy bez uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
 - 5) w wyniku udziału ubezpieczonego w zakładach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia,
 - 6) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat,
 - 7) wskutek utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową z zastrzeżeniem, że wyłączenie to nie dotyczy utraty przytomności spowodowanej atakiem epilepsji lub omdlenia o nieustalanej przyczynie,
 - 8) w wyniku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego powstałych w związku z wykonywaniem procedur medycznych bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło leczenia bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego,
 - 9) na skutek wyczynowego uprawiania sportu,
 - 10) na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka, z zastrzeżeniem że następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka mogą być przedmiotem ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 11) w wyniku 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,
 - 12) na skutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie,
 - 13) na skutek aktów terroryzmu, z zastrzeżeniem, że następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek aktów terroryzmu mogą być przedmiotem ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 14) na skutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego zaistniałych na terytorium RP i poza jej granicami; za opłatą dodatkowej składki przedmiotem ubezpieczenia mogą być następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego zaistniałych poza granicami RP.
2. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa chorób zawodowych, tropikalnych oraz wszelkich chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie wypadku ubezpieczeniowego lub stanowiących przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem że przedmiotem ubezpieczenia są następstwa zawałów serca, krwotoków śródczaszkowych, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia nie ukończył 30 lat. Za opłatą dodatkowej składki przedmiot ubezpieczenia może być rozszerzony:
- 1) o następstwa zawałów serca, krwotoków śródczaszkowych, jeżeli ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia ukończył 30 lat. Jednakże jeżeli ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia ukończył 65 lat, przedmiot ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki może być rozszerzony o następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego, pod warunkiem, że był on przez co najmniej 2 ostatnie lata ubezpieczony w PZU SA w ramach umowy lub umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, w których rozszerzono przedmiot ubezpieczenia o następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego,

2) następstwa chorób tropikalnych.

3. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz odszkodowania za zniszczenie, utratę lub uszkodzenie 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.
4. Stan po użyciu alkoholu, stan nietrzeźwości, 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 wypadku ubezpieczeniowego.

Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności

§ 10.

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity dla poszczególnych rodzajów świadczeń wskazanych w umowie ubezpieczenia określane są przez PZU SA w uzgodnieniu z ubezpieczającym.
2. Minimalna suma ubezpieczenia dla każdego ze świadczeń podstawowych wynosi 3.000 zł.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający za zgodą PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia powoduje konieczność opłaty dodatkowej składki.
5. Za wypadki ubezpieczeniowe powstałe do dnia następnego po zmianie sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, PZU SA ponosi odpowiedzialność na warunkach dotychczasowej umowy 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	
1.	Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego
2.	Świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
3.	Świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała
Świadczenia dodatkowe za opłatą dodatkowej składki	
4.	Świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa
5.	Zwrot kosztów leczenia
6.	Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
7.	Zasiłek dzienny
8.	Dieta szpitalna
9.	Świadczenie w związku z rekonwalescencją ubezpieczonego po jego hospitalizacji
10.	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 określonej w umowie ubezpieczenia.

§ 13.

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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 określonej w umowie ubezpieczenia,
- albo
- 2) **wariant II** – w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu określonej 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 określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie przekracza 20% świadczenie z tego tytułu nie przysługuje.

§ 14.

Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała.

Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo obrażeń ciała powstałych w wyniku ataku epilepsji albo omdlenia o nieustalanej 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	Rodzaje 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 ząb, 20 – maksymalnie z tytułu utraty wielu zębów
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

§ 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 określonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż 10.000 zł i pod warunkiem, że powstały one w następstwie wypadku ubezpieczeniowego oraz poniesione zostały nie później niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu określonego na te koszty.
2. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w walucie polskiej 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 albo z tytułu trwałego uszkodzenia ciała określonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż 10.000 zł i pod warunkiem, że powstały one w następstwie wypadku ubezpieczeniowego oraz poniesione zostały nie później niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu określonego 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% określonej 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 jednego wypadku ubezpieczeniowego. Świadczenie wypłacane jest na podstawie dokumentacji medycznej przedłożonej przez ubezpieczonego.

§ 18.

Świadczenia powypadkowe typu assistance na terytorium RP.

Usługi assistance są świadczone na terytorium RP w związku z zaistnieniem wypadku ubezpieczeniowego.

W zależności od zaistniałego zdarzenia na wniosek ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, za pośrednictwem Centrum Alarmowego PZU, PZU SA organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance:

1) **Pomoc medyczna**

Świadczona jest wyłącznie w przypadku kiedy nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego. Koszt pomocy medycznej ograniczony jest do łącznej kwoty 2.000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy na wszystkie poniżej wymienione usługi:

- a) **wizyta lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego** – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza,
- b) **wizyta ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej** – zorganizowanie wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej wskazanej przez Centrum Alarmowe PZU oraz pokrycie honorarium lekarza,
- c) **wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego** – jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza Centrum Alarmowego PZU stan zdrowia ubezpieczonego wymaga wizyty pielęgniarki w miejscu jego pobytu, Centrum Alarmowe PZU organizuje oraz pokrywa koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki do miejsca pobytu ubezpieczonego. Koszt ten pokrywany jest do łącznej kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy pod warunkiem, że mieści się w limicie ustalonym dla kosztów pomocy medycznej,
- d) **transport medyczny** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:
 - z miejsca pobytu ubezpieczonego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza Centrum Alarmowego PZU,
 - z placówki medycznej do miejsca pobytu ubezpieczonego,
 - między placówkami medycznymi – organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia lub gdy ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.Transport medyczny organizowany jest, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego utrudnia lub uniemożliwia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.

O celowości transportu medycznego oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu dostosowanego do stanu zdrowia ubezpieczonego decyduje lekarz Centrum Alarmowego PZU.

2) **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna**

Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego zalecone zostały przez lekarza prowadzącego zabiegi rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne, PZU SA zapewnia:

- a) **organizację procesu rehabilitacji**, tj. zorganizowanie oraz pokrycie kosztu wizyt fizjoterapeuty w miejscu pobytu ubezpieczonego albo zorganizowanie i pokrycie kosztu transportu ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej. Koszt ten pokrywany jest do łącznej kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy,
- b) **dostawę drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego** – jeżeli ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego w domu, Centrum Alarmowe PZU zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Centrum Alarmowe PZU organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego takiego jak np. stabilizatory, kule, kołnierze, wózki do miejsca pobytu ubezpieczonego. Usługa realizowana jest do wysokości 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. PZU SA nie pokrywa kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu,
- c) **dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostawy do miejsca pobytu ubezpieczonego leków zaordynowanych przez lekarza i niezbędnych w danym momencie dla ubezpieczonego z medycznego punktu widzenia w sytuacji, gdy ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, zgodnie z zaleceniem lekarza wymaga leżenia. Koszty dostarczenia leków pokrywane są do wysokości 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym o zasadności wykonania usługi decyduje lekarz Centrum Alarmowego PZU. PZU SA nie pokrywa kosztów zakupu leków,
- d) **domową opiekę pielęgniarską po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany powyżej 2 dni Centrum Alarmowe PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarki po zakończeniu hospitalizacji. O celowości domowej opieki pielęgniarskiej decyduje lekarz Centrum Alarmowego PZU. Koszty pokrywane są do wysokości 1.000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

3) **Pomoc psychologa**

Jeżeli w wyniku wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony dozna ciężkich obrażeń ciała lub na skutek nieszczęśliwego wypadku, w którym uczestniczył ubezpieczony nastąpi również:

- a) śmierć małżonka ubezpieczonego,
 - b) śmierć dziecka ubezpieczonego,
 - c) śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka ubezpieczonego,
- i będzie wskazana, zdaniem lekarza Centrum Alarmowego PZU, konsultacja z psychologiem, Centrum Alarmowe PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt ubezpieczonego u psychologa do wysokości 1.500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

4) **Pomoc domowa**

Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, wówczas po zakończeniu hospitalizacji Centrum Alarmowe PZU zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy domowej.

Pomoc obejmuje czynności życia codziennego takie jak np. przygotowanie posiłku, zrobienie drobnych zakupów, których z uwagi na stan zdrowia nie może wykonywać ubezpieczony i nie ma on możliwości skorzystania w tym zakresie z pomocy domowników. Usługa realizowana jest do wysokości 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

5) **Opieka nad dziećmi, które nie ukończyły 18 roku życia i osobami niesamodzielnymi zamieszkałymi wspólnie z ubezpieczonym.**

Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego

wego jest hospitalizowany, PZU SA zapewnia organizację i pokrycie kosztów jednej z następujących usług:

- a) **transport dzieci lub osób niesamodzielnych** w towarzystwie osoby uprawnionej przez PZU SA do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe),
- b) **transport osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi**, z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe).

Usługa realizowana jest do wysokości 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. Centrum Alarmowe PZU świadczy powyższe usługi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Alarmowego PZU informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji ubezpieczonego oraz po skontaktowaniu się przez Centrum Alarmowe PZU z osobą wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki i wyrażeniu przez nią zgody na sprawowanie opieki nad powyższymi osobami. W przypadku, gdyby Centrum Alarmowemu PZU nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia Centrum Alarmowego PZU o konieczności organizacji tej usługi pod wskazanym przez ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pod literą a) lub b), PZU SA:

- c) **zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego** maksymalnie przez okres 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Alarmowe PZU dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Koszty te pokrywane są do wysokości 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

Powyższe świadczenia są realizowane na wniosek ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

6) **Opieka nad psami i kotami**

Po uzyskaniu przez lekarza Centrum Alarmowego PZU potwierdzenia ze szpitala co do przewidywanej, trwającej minimum 2 dni hospitalizacji ubezpieczonego powstałej w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, PZU SA zapewnia zorganizowanie przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do osoby wyznaczonej przez niego do opieki lub do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami (np. hotel, schronisko) i pokrycie kosztów przewozu do wysokości 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. Świadczenie jest realizowane w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad powyżej wymienionymi zwierzętami oraz pod warunkiem przedstawienia zaświadczenia lub innego dokumentu o aktualnych szczepieniach obowiązkowych wymaganych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

7) **Infolinia medyczna i telefoniczna konsultacja ze specjalistą**

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.

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 określonego 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 włączane 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 niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - 3) poniesione zostały nie później niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego,
 - 4) w przypadku rehabilitacji – jeżeli została rozpoczęta nie później niż w okresie 6 miesięcy od dnia zaistnienia tego wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 20.000 zł na koszty powstałe w wyniku zaistnienia jednego wypadku ubezpieczeniowego.
W przypadku zaistnienia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego łączny zwrot kosztów leczenia nie może przekroczyć limitu dla tego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
3. Zwrot kosztów leczenia poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w walucie polskiej 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 poniesione zostały w ciągu 24 miesięcy od daty wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów naprawy lub zakupu następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 1.000 zł na koszty powstałe w wyniku zaistnienia jednego wypadku ubezpieczeniowego. W przypadku zaistnienia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego łączny koszt naprawy lub zakupu nie może przekroczyć limitu dla tego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w walucie polskiej 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 wypadku ubezpieczeniowego. Zasiłek dzienny może być włączany do umowy ubezpieczenia tylko dla osób pracujących zarobkowo.
2. Zasiłek dzienny nie może być włączany do umów ubezpieczenia zawieranych na okres krótszy od roku.

3. Zasiłek dzienny wypłacany jest przez maksymalny okres 60 dni w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, przy czym określona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 200 zł za 1 dzień. W przypadku zaistnienia w jednym 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 lub przy leczeniu ambulatoryjnym od 7-go dnia po wypadku.
5. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.
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 wyłączenie następstwem wypadku ubezpieczeniowego. Okres ten przyjmuje się według oceny lekarzy wskazanych przez PZU SA.
7. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego w przypadku gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek wykonywał pracę zarobkową.

§ 23.

Dieta szpitalna.

1. Dieta szpitalna wypłacana jest w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym określona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 300 zł za 1 dzień i przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu każdego wypadku ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
2. Dieta szpitalna wypłacana jest za każdy dzień hospitalizacji spowodowanej wypadkiem ubezpieczeniowym. Dieta wypłacana jest od 1 dnia hospitalizacji ubezpieczonego.
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 wyniku wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony poddany był hospitalizacji, wówczas po jej zakończeniu PZU SA wypłaca świadczenie za okres równy połowie liczby dni każdej hospitalizacji ubezpieczonego związanej z wypadkiem ubezpieczeniowym.
2. Świadczenie za 1 dzień rekonwalescencji wypłacane jest w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym określona 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 określonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym określona w umowie ubezpieczenia kwota nie może przekroczyć 5.000 zł na jeden wypadek ubezpieczeniowy.
2. Świadczenie pomocy finansowej wypłacane jest:
 - 1) jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu orzeczony przez lekarzy wskazanych przez PZU SA przekracza 30% – w przypadku umowy obejmującej 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 świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała, o której mowa w § 6 pkt. 3 i 5.

Zawarcie umowy i czas jej trwania

§ 26.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o ubezpieczenie złożonego przez ubezpieczającego.
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 przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 27.

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 28.

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.

§ 29.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres roczny lub krótszy od roku.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie:
 - a) umowy ubezpieczenia jednostkowego,
 - b) umowy ubezpieczenia rodzinnego.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie umowy ubezpieczenia rodzinnego zakres ubezpieczenia, o którym mowa w § 6, okres ubezpieczenia, czas ochrony ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia są jednakowe dla wszystkich ubezpieczonych i odnoszą się do każdego ubezpieczonego oddzielnie. Natomiast świadczenia dodatkowe, o ile zostały włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki, określone są oddzielnie dla każdego ubezpieczonego.

§ 30.

Umowa ubezpieczenia może być również zawarta przez telefon lub za pośrednictwem Internetu. W takim przypadku umowę uważa się za zawartą z chwilą opłacenia składki.

§ 31.

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia inaczey, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przez telefon albo za pośrednictwem Internetu odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia wskazanego przez ubezpieczającego jako początek ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia jednostkowego na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego), odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się nie wcześniej niż po upływie 7 dni licząc od dnia następnego po zawarciu umowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku zawarcia umowy na rachunek małoletniego odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się zgodnie z zapisami ust. 1.

Składka za ubezpieczenie

§ 32.

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:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) okresu ubezpieczenia,
 - c) zakresu ubezpieczenia,
 - d) czasu ochrony ubezpieczeniowej,
 - e) klasy i stopnia ryzyka,
 - f) wieku ubezpieczonego,
 - g) zniżek i zwwyżek, o których mowa w ust. 3.
3. W umowach ubezpieczenia stosuje się następujące kryteria obniżek i podwyżek składki:
 - 1) w odniesieniu do obniżki składki są to:
 - a) co najmniej dwuletni bezszkodowy przebieg umowy ubezpieczenia ustalany na podstawie danych dotyczących bezpośrednio poprzedzających umów ubezpieczenia zawartych w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z PZU SA,
 - b) ubezpieczenie dziecka niepełnoletniego lub kontynuującego naukę, które w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia nie ukończyło 24 roku życia,
 - c) liczba ubezpieczonych – w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w formie umowy ubezpieczenia rodzinnego,
 - 2) podwyżkę składki za ubezpieczenie osób, które w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia ukończyły 65 lat. Podwyżkę tę stosuje się, jeżeli umowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków została zawarta z PZU SA po raz pierwszy na rachunek tego ubezpieczonego albo jeżeli przerwa pomiędzy zawarciem kolejnych umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków z PZU SA na rachunek tego ubezpieczonego, jest dłuższa niż jeden rok.

§ 33.

1. Składkę ubezpieczeniową opłaca się jednorazowo, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy od roku, wysokość składki za ubezpieczenie ustala się proporcjonalnie do okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na okres roczny, na wniosek ubezpieczającego dopuszcza się możliwość ratalnej opłaty składki. Terminy i wysokość opłat kolejnych rat składki określa się w dokumencie ubezpieczenia.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest przez telefon albo za pośrednictwem Internetu nie mają do niej zastosowania postanowienia ust. 3 odnoszące się do ratalnej zapłaty składki. W takim przypadku składka jest opłacana jednorazowo.

5. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
6. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się datę, w której pełna kwota składki lub raty składki znalazła się na rachunku bankowym PZU SA.
7. Składka nie podlega indeksacji.

§ 34.

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 zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Rozwiązanie umowy i ustanie odpowiedzialności

Zwrot składki

§ 35.

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 36,
 - 2) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia,
 - 3) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem doręczenia oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie,
 - 5) z upływem 7 dni od dnia otrzymania od PZU SA pisma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności,
 - 6) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 3,
 - 7) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron,
 - 8) z chwilą śmierci ubezpieczonego.
2. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
3. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym.

§ 36.

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przez telefon lub za pośrednictwem Internetu termin, w którym ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu dokumentu ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli jest to termin późniejszy.

§ 37.

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

2. Zwrot składki nie przysługuje, gdy wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej jest następstwem jej wykorzystania w związku z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty świadczenia lub świadczeń.
3. Okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej liczony jest począwszy od dnia następnego po wygaśnięciu tej ochrony.
4. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej oraz niewykorzystanej sumy ubezpieczenia.

Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego

Obowiązki ubezpieczonego

§ 38.

1. W razie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) zawiadomić PZU SA o zajściu wypadku ubezpieczeniowego i dostarczyć:
 - a) dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku,
 - b) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentację medyczną, rachunki i dowody ich zapłaty, a także jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas wypadku – dokument uprawniający do kierowania pojazdem,
 - 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności określonych w dokumentach wymienionych w pkt. 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali opiekę zarówno przed jak i po wypadku,
 - 4) na zlecenie PZU SA ubezpieczony powinien poddać się badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy lub obserwacji klinicznej.
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 uprawnionym do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku wskazania uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 47 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.

§ 39.

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

§ 40.

1. W celu skorzystania ze świadczeń assistance, o których mowa w §18 ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym 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 osobą sprawującą opiekę nad ubezpieczonym,
 - 3) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Po stwierdzeniu przez PZU SA, iż zdarzenie jest objęte świadczeniem assistance, ubezpieczony w razie bezpośredniego kontaktu z usługodawcą, na jego żądanie, zobowiązany jest:
 - 1) podać wszelkie informacje potrzebne do realizacji usług assistance,

- 2) udostępnić dokumenty niezbędne do realizacji usług assistance.
3. Jeżeli ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym PZU i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług assistance określonych w § 18, powinien poinformować o tym fakcie PZU SA w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z PZU SA stało się możliwe. W tej sytuacji ubezpieczony występując o zwrot poniesionych kosztów usług assistance zobowiązany jest przedłożyć dokumentację potwierdzającą zasadność roszczenia i wysokość świadczenia, m.in. dokumentację potwierdzającą przyczynę zdarzenia (dokumentacja medyczna potwierdzająca datę i miejsce zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego) oraz poniesione koszty, tj. rachunki i dowody ich zapłaty.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku.
5. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku nie nastąpią, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 3, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

Ustalanie i wypłata świadczeń

§ 41.

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, trwałym uszkodzeniem ciała, całkowitym trwałym inwalidztwem lub innym świadczeniem wynikającym z umowy ubezpieczenia.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz rodzaju i wysokości przysługujących świadczeń następuje na podstawie dostarczonych dokumentów określonych w § 38 ust. 1 pkt. 2b lub wyników badań lekarskich.
3. Na zlecenie oraz na koszt PZU SA ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym, badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy lub obserwacji klinicznej.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego uszkodzenia ciała, całkowitego trwałego inwalidztwa lub śmierci wypłaca się pod warunkiem, że trwałe uszczerbek na zdrowiu, trwałe uszkodzenie ciała, całkowite trwałe inwalidztwo lub śmierć nastąpiły nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 42.

Trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest przez lekarzy wskazanych przez PZU SA 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.

§ 43.

Jeżeli przedmiotem umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 pkt. 3 albo pkt. 5 są następstwa zawału serca, krwotoku śródczaszkowego lub choroby tropikalnej – wysokość świadczenia za trwałe następstwa tych chorób ustala się jako trwały uszczerbek na zdrowiu według zasad określonych w § 13 pkt 1 i § 42.

§ 44.

1. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony po całkowitym zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia –

najpóźniej w 24-tym miesiącu od dnia wypadku ubezpieczeniowego. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu 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 określonej w umowie ubezpieczenia, z wyjątkiem §13 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 ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku ubezpieczeniowym a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem ubezpieczeniowym.

§ 45.

Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, PZU SA zwraca ubezpieczonemu koszty badań lekarskich zleconych przez lekarzy wskazanych przez PZU SA wymaganych dla uzasadnienia zgłoszonych do PZU SA roszczeń oraz niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w RP do lekarzy wskazanych przez PZU SA, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez PZU SA zasadności wyboru środka transportu.

§ 46.

Jeżeli poszkodowany był ubezpieczony na podstawie kilku umów w zakresie 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 terytorium RP, a także 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.

§ 47.

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu (w odniesieniu do małoletnich – przedstawicielowi ustawowemu).
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, a w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – zstępnym tego dziecka w częściach równych w zakresie udziału jaki by przypadła im rodzicom, przy czym zasadę tę stosuje się analogicznie do dalszych zstępnych tego dziecka; w przypadku braku zstępnych udziału jaki by przypadła 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; w przypadku gdy 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.

3. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany uposażonego.
4. W razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci PZU SA wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszej kolejności udokumentowane koszty pogrzebu osobie, która je poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego, innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 48.

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

§ 49.

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 albo trwałe uszkodzenie ciała nie zostało ustalone przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się najbardziej prawdopodobny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu albo trwałe uszkodzenie ciała według oceny lekarzy wskazanych przez PZU SA – orzeczony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

§ 50.

1. PZU SA po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym ubezpieczonego lub ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą 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.
2. PZU SA zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
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.
4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 PZU SA nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PZU SA informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza tą osobę o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. PZU SA udostępnia osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone 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.

7. Na żądanie ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia PZU SA zobowiązany jest udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 51.

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi bądź zażalenia dotyczącego wykonania przez PZU SA umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub zażalenia, właściwym do ich rozpatrzenia, jest jednostka organizacyjna nadzorująca jednostkę, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargę lub zażalenie składa się na piśmie za pośrednictwem jednostki, której skarga lub zażalenie dotyczy.



Andrzej Klesyk

Prezes Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna

2. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 52.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

§ 53.

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, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 54.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 kwietnia 2011 r.



Witold Jaworski

Członek Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna