OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NNW PZU EDUKACJA

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/93/2017 z dnia 7 kwietnia 2017 r.
oraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

SPIS TREŚCI

Rozdział I – Postanowienia wprowadzające . . . str. 2
Informacje ustawowe . . . str. 2
Postanowienia ogólne . . . str. 3
Definicje . . . str. 3

Rozdział II – Czas ochrony. Przedmiot i zakres ubezpieczenia . . . str. 5
Czas ochrony . . . str. 5
Przedmiot i zakres ubezpieczenia . . . str. 5
Świadczenia w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej . . . str. 6
Warianty ubezpieczenia . . . str. 6
Postanowienia szczegółowe dotyczące świadczeń podstawowych . . . str. 6
Świadczenia w rozszerzonym zakresie ochrony ubezpieczeniowej . . . str. 9
Świadczenia dodatkowe . . . str. 9
Zasady przyznawania świadczeń dodatkowych wymienionych w § 13 . . . str. 10
Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności . . . str. 12
Wyłączenia odpowiedzialności . . . str. 12

Rozdział III – Zawarcie umowy ubezpieczenia i czas jej trwania . . . str. 12
Składka ubezpieczeniowa . . . str. 13
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia i ustanie odpowiedzialności . . . str. 14
Zwrot składki . . . str. 14

Rozdział IV – Wykonanie umowy ubezpieczenia . . . str. 14
Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego . . . str. 14
Obowiązki ubezpieczonego . . . str. 14
Ustalanie i wypłata świadczeń . . . str. 15

Rozdział V – Postanowienia końcowe . . . str. 16

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49,
kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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	§ 2 ust. 4, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 11, § 12, § 13, § 14, § 17 ust. 2–4, § 21, § 25, § 30, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 36, § 37, § 38, § 39, § 42.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4, § 8, § 9, § 11, § 12, § 13, § 14, § 17 ust. 5, § 21, § 31, § 32 ust. 3 i 4, § 33, § 34, § 35, § 36, § 37, § 38, § 39 ust. 4–7, § 42, § 25.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia NNW PZU Edukacja, zwane dalej „OWU", mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną, zwaną dalej „PZU SA", z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, na rachunek uczniów, studentów, dzieci, personelu oraz przedstawicieli ubezpieczonych.
2. OWU mają również zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach z konsumentem jest język polski.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych, OWU mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.
3. 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.
4. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

§ 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 razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
3) **Centrum Pomocy** – Centrum 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 zgłosić zajście wypadku ubezpieczeniowego w celu uzyskania pomocy określonej w umowie ubezpieczenia; numer telefonu Centrum Pomocy podany jest w dokumencie ubezpieczenia; w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, numer telefonu Centrum Pomocy przekazywany jest ponadto drogą elektroniczną;
4) **chorobę** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, objawiającą się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołującą niepożądane objawy;
5) **ciężkie obrażenia ciała** – powstałą w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, potwierdzoną dokumentacją medyczną:
   a) całkowitą i trwałą utratę wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub
   b) trwałe i poważne naruszenie albo utratę funkcji ważnego narządu lub narządów: ślepota jednooczna, poważne obustronne upośledzenie wzroku, utrata kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utrata ważnego narządu wewnętrznego, zesztywnienie 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) **czasowa niezdolność do nauki** – powstałą w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niemożność uczestniczenia ubezpieczonego we wszystkich zajęciach szkolnych; zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego nie oznacza niezdolności do nauki w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
7) **czasowa niezdolność do pracy** – powstałą 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;
8) **dokument ubezpieczenia** – polisę, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie jednej umowy ubezpieczenia; w odniesieniu do umowy ubezpieczenia indywidualnego jeden dokument ubezpieczenia może potwierdzać zawarcie więcej niż jednej umowy ubezpieczenia;
9) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
10) **dzieci** – osoby do ukończenia 25 roku życia, uczące się lub przebywające w placówce, przy czym dzieckiem w rozumieniu niniejszych OWU jest także dziecko do momentu pójścia do żłobka, przedszkola albo szkoły oraz dziecko nie uczęszczające do szkoły z powodów zdrowotnych lub mające indywidualny tok nauczania;
11) **ekspozycję zawodową na materiał zakaźny** – narażenie się przez ubezpieczonego na zakażenie wirusowe podczas wykonywania pracy zawodowej o charakterze medycznym w następstwie bezpośredniego kontaktu z potencjalnie zainfekowaną krwią lub IPIM, w wyniku zakłucia, zachlapania, zadraśnięcia, rozcięcia, zadrapania, pogryzienia przez pacjenta;
12) **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;
13) **konsumenta** – osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
14) **krwotok śródczaszkowy** – wynaczynienie krwi do jamy czaszki;
15) **leczenie** – wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne, hospitalizację, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, w tym operacje plastyczne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
16) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
17) **leczenie operacyjne złamania** – stabilizację wewnętrzną lub zewnętrzną złamania związaną z zabiegiem operacyjnym powodującym naruszenie ciągłości tkanek;
18) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
19) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony

niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;

20) **nowotwór złośliwy** – zweryfikowaną badaniem histopatologicznym chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów); w rozumieniu OWU nowotworem złośliwym jest także białaczka oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego będące ziarnicą złośliwą (chorobą Hodgkina) lub chłoniakiem nieziarniczym; w rozumieniu OWU nowotworami złośliwymi nie są:
    a) nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym,
    b) guzy, w przypadku gdy po badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy lub przedinwazyjny,
    c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ,
    d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
    e) nowotwory związane z chorobą AIDS lub zakażeniem wirusem HIV;
21) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry lub tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
22) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
23) **oparzenie** – uszkodzenie skóry i tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
24) **operację** – 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;
    w rozumieniu OWU operacją nie są: punkcje, biopsje, iniekcje, nakłucia, cewnikowania, zgłębnikowania, kaniulacje, dializy, blokady, wenesekcje, tamponady, wzinikowania;
25) **państwo znajdujące się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym** – państwo, przed wyjazdem do którego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia z powodu zagrożenia aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, ostrzega na swojej oficjalnej stronie internetowej Ministerstwo Spraw Zagranicznych, podając komunikat „Nie podróżuj" lub „Opuść natychmiast";
26) **personel** – pracowników dydaktycznych i administracyjnych zatrudnionych w placówkach;
27) **placówkę** – żłobek, przedszkole, szkołę podstawową, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, technikum, zasadniczą szkołę zawodową, zespół szkół, centrum kształcenia, dom dziecka, szkoły sportowe wszystkich szczebli, szkołę policealną, szkołę wyższą lub inne nie wymienione powyżej placówki, w tym zakłady pracy;
28) **placówkę medyczną** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
29) **placówkę szkolną** – żłobek, przedszkole, szkołę podstawową, gimnazjum, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, technikum, zasadniczą szkołę zawodową, zespół szkół, centrum kształcenia, dom dziecka, szkoły sportowe wszystkich szczebli, szkołę policealną, szkołę wyższą;
30) **poważne uszkodzenie ciała (PUC)** – powstałe w następstwie wypadku ubezpieczeniowego uszkodzenie ciała, na skutek którego wystąpiło jedno z niżej wymienionych następstw, potwierdzonych w dokumentacji medycznej:
    a) hospitalizacja rozpoczęta do 3 doby po urazie i trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
    b) zabieg operacyjny w trybie ostrym (tj. do 7 dni od przyjęcia do szpitala),
    c) trwały deficyt neurologiczny po uszkodzeniu mózgu, rdzenia kręgowego lub korzeni nerwowych,
    d) trwałe pogorszenie ostrości wzroku lub trwałe zawężenie pola widzenia,
    e) trwałe pogorszenie ostrości słuchu,
    f) częściowa amputacja kończyn,
    g) częściowa utrata narządów wewnętrznych;

    PUC nie obejmuje badań inwazyjnych (nawet przeprowadzonych jako zabieg operacyjny w rozumieniu OWU) mających na celu zdiagnozowanie choroby lub potwierdzenie istnienia choroby;
31) **poważne zachorowanie** – wystąpienie u ubezpieczonego następującej choroby:
    a) **udaru** – nagłego ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, prowadzącego do trwałych ubytków neurologicznych, wywołanego wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego, za wyjątkiem przyczyn naczyniowych spowodowanych chorobą mózgu lub wywołanych czynnikami urazowymi, lub
    b) **niewydolności nerek** – końcowego stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego doszło do konieczności regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki, lub
    c) **choroby Creutzfeldta-Jakoba** – choroby powodującej niemożność wykonywania przez ubezpieczonego minimum trzech z pięciu poniższych czynności życia codziennego:
        – poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu, bez konieczności pomocy drugiej osoby,
        – kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
        – ubierania się – samodzielnego ubierania się i rozbierania się, bez konieczności pomocy drugiej osoby,
        – mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą, bez konieczności pomocy drugiej osoby,
        – jedzenia – czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków lub
    d) **zakażenia wirusem HIV przy transplantacji krwi** – powikłania przetaczania krwi lub jej preparatów u osoby nie chorującej na hemofilię, lub
    e) **oponiaka** – potwierdzonego histopatologicznie rozpoznania oponiaka mózgu; z wyłączeniem: innych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, torbieli, ziarniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki i rdzenia kręgowego lub
    f) **choroby Parkinsona** – przewlekłego schorzenia układu pozapiramidowego, spowodowanego pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącego do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy; z wyłączeniem parkinsonizmu objawowego lub
    g) **utraty wzroku spowodowanej chorobą** – potwierdzonej specjalistycznym badaniem okulistycznym oraz statycznym badaniem pola widzenia, obuoczną, nie poddającą się korekcji utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20;
32) **pracę zarobkową** – formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
    1) w ramach:
        a) umowy cywilnoprawnej lub
        b) stosunku pracy lub
        c) stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub
    2) w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
33) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów); wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;

34) **przedstawiciela ustawowego** – osobę, której umocowanie do działania w imieniu osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych lub posiadającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych, wynika z przepisów prawa;
35) **Regulamin** – właściwe regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną;
36) **rehabilitację** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
37) **RP** – Rzeczpospolitą Polską;
38) **sepsę** – inaczej posocznicę – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem;
39) **stan wyjątkowy** – stan nadzwyczajny państwa, którego wprowadzenie powoduje ograniczenie niektórych praw i swobód obywatelskich;
40) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; w rozumieniu OWU szpitalem nie jest: dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek sanatoryjny lub uzdrowiskowy, prewentorium, szpital sanatoryjny, chyba że hospitalizacja jest związana z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
41) **śpiączkę** – stan zaistniały wskutek wypadku ubezpieczeniowego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 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;
42) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowitą utratę fizyczną narządu lub organu, lub całkowitą utratę ich funkcji;
43) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
44) **ubezpieczającego** – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego;
45) **ubezpieczonego** – osoby wymienione w pkt 1–4, na rachunek których zawarta została umowa ubezpieczenia:
   a) ucznia, studenta,
   b) dziecko,
   c) personel placówki,
   d) przedstawiciela ustawowego;
46) **umowę direct** – umowę ubezpieczenia zawartą przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość drogą elektroniczną z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa;
47) **umowę na odległość** – umowę ubezpieczenia zawartą przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość za pośrednictwem infolinii PZU SA z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa;
48) **umowę ubezpieczenia indywidualnego** – umowę ubezpieczenia zawartą na rachunek jednej osoby fizycznej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia;
49) **umowę ubezpieczenia zbiorowego** – umowę ubezpieczenia, zawartą na rachunek określonej w umowie ubezpieczenia grupy lub grup osób, obejmującą łącznie co najmniej 5 osób;
50) **uposażonego** – osobę wskazaną imiennie przez ubezpieczonego jako upoważnioną do odbioru należnego świadczenia z tytułu śmierci;
51) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
52) **wojnę** – zorganizowany konflikt zbrojny między państwami, narodami lub grupami etnicznymi i społecznymi;
53) **wrodzoną wadę serca** – nieprawidłowość anatomiczną budowy serca istniejącą w chwili narodzin ubezpieczonego;
54) **wstrząśnienie mózgu** – pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą;
55) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu bądź pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu; pojęcia: „pojazd", „droga", „uczestnik ruchu" – rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
56) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, atak epilepsji, omdlenie z przyczyny innej niż choroba przewlekła, zawał serca, krwotok śródczaszkowy, sepsę, poważne zachorowanie, ekspozycję zawodową na materiał zakaźny; wypadkiem ubezpieczeniowym w przypadku diety szpitalnej z powodu choroby jest pobyt ubezpieczonego w szpitalu;
57) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego;
58) **zawód medyczny** – diagnostę laboratoryjnego, farmaceutę, fizjoterapeutę, lekarza, lekarza dentystę, pielęgniarkę, położną, ratownika medycznego, salowa, sanitariusza, technika dentystycznego, technika farmaceutycznego, technika elektroradiologa;
59) **złamanie** – urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, lub urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych:
   a) otwarte – z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości,
   b) zamknięte – gdy skóra w okolicy złamanej kości jest nienaruszona;
60) **zwichnięcie** – urazowe przemieszczenie się jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym.

ROZDZIAŁ II

CZAS OCHRONY. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

CZAS OCHRONY

§ 5

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia są następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub sam fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W odniesieniu do przedstawiciela ustawowego przedmiotem umowy ubezpieczenia jest śmierć przedstawiciela ustawowego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 7

Na wniosek ubezpieczającego, za opłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może być rozszerzona o następstwo nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym.

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z trzech następujących wariantów:
   1) w wariancie I albo
   2) w wariancie II albo
   3) w wariancie II Bis.
2. Rodzaje świadczeń i ich wysokość określone są w § 12.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
   1) w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonym w §§ 11–12 albo
   2) w rozszerzonym zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonym w §§ 13–27.

ŚWIADCZENIA W PODSTAWOWYM ZAKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

WARIANTY UBEZPIECZENIA

§ 10

Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości określonej w zawartej umowie ubezpieczenia, przy czym umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariancie I; w wariancie II albo w wariancie II Bis.

§ 11

Umową ubezpieczenia:

1) zawartą w **wariancie I** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w poniższej Tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Świadczenia podstawowe w wariancie I

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1	z tytułu śmierci
2	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej
3	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
4	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
5	jednorazowe świadczenie w przypadku braku trwałego uszczerbku na zdrowiu i wystąpienia innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7, 8 – określone w Tabeli nr 6
6	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
7	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych
8	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

2) zawartą w **wariancie II** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w poniższej Tabeli nr 2:

Tabela nr 2

Świadczenia podstawowe w wariancie II

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1	z tytułu śmierci
2	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej
3	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
4	z tytułu trwałego uszkodzenia ciała (Tabela nr 4)
5	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wyłącznie zawałem serca, krwotokiem śródczaszkowym lub poważnym uszkodzeniem ciała
6	z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów (Tabela nr 5)
7	z tytułu innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7, 8 – określone w Tabeli nr 6
8	z tytułu oparzeń lub odmrożeń (Tabela nr 7)
9	z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu (Tabela nr 8)
10	z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń
11	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
12	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych
13	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

3) zawartą w **wariancie II Bis** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w poniższej Tabeli nr 3:

Tabela nr 3

Świadczenia podstawowe w wariancie II Bis

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1	z tytułu śmierci
2	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej
3	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
4	z tytułu trwałego uszkodzenia ciała (Tabela nr 4)
5	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wyłącznie zawałem serca, krwotokiem śródczaszkowym lub poważnym uszkodzeniem ciała
6	z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów (Tabela nr 5)
7	z tytułu innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7, 8 – określone w Tabeli nr 6 poz. nr 1 i poz. nr 2
8	z tytułu oparzeń lub odmrożeń (Tabela nr 7)
9	z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu (Tabela nr 8)
10	z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń
11	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
12	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych
13	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH

§ 12

1. **Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Świadczenie to przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
2. **Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego na terenie placówki szkolnej** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
3. **Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie sepsy** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Świadczenie to przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od daty zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
4. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku, przy czym trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest:
   1) przez lekarza powołanego przez PZU SA w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA", zatwierdzoną uchwałą Zarządu PZU SA i obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia;
   2) najpóźniej w 24. miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego – późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie albo pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

   Świadczenie to przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż 24 miesiące od daty zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
5. **Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała – przysługuje** – w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą nr 4:

Tabela nr 4

Trwałe uszkodzenie ciała

Poz.	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
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 ręki II, III, IV, V	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	1 za każdy utracony ząb stały – w przypadku utraty do 9 zębów stałych; maksymalnie 10 za wszystkie utracone zęby stałe – w 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

6. Świadczenie z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów – przysługuje:

1) zgodnie z poniższą Tabelą nr 5:

Tabela nr 5

Złamania kości lub zwichnięcia stawów

Poz.	Rodzaj złamania lub zwichnięcia	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2	Złamania kości twarzoczaszki	4
3	Złamania łopatki, obojczyka, mostka	4,5 za każdą kość
4	Złamania żebra, żeber	2 za każde złamane żebro – w przypadku złamania do 9 żeber; maksymalnie 10 za wszystkie złamane żebra (w przypadku złamania powyżej 9 żeber)
5	Złamania kości ramiennej: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 5 7
6	Zwichnięcie stawu barkowego	3
7	Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu): a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 2 4
8	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	3
9	Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 1 3
10	Złamania w obrębie kości palców ręki II–V a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 1 za każdy palec 2 za każdy palec
11	Zwichnięcia stawów w obrębie palców ręki II–V	2 za każdy palec
12	Złamania w obrębie kciuka a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 1 3
13	Zwichnięcie kciuka	2
14	Niestabilne złamania miednicy	10
15	Stabilne złamania miednicy	4,5
16	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17	Złamania kości udowej	10
18	Złamania w obrębie kości podudzia (jednej lub obu)	7
19	Złamania rzepki	4
20	Zwichnięcie stawu kolanowego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
21	Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte) b) jedno lub wielomiejscowe otwarte	 2 4
22	Złamania w obrębie palucha	2,5
23	Złamania w obrębie kości palców stopy II–V	2 za każdy palec
24	Zwichnięcie w stawach skokowych	4
25	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgów (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 za każdy krąg
26	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgów	2,5 za każdy krąg
27	Złamania kości ogonowej	3,5
28	Złamanie zęba stałego	0,5 za każdy złamany ząb stały – w przypadku złamania do 9 zębów stałych; maksymalnie 5 za wszystkie złamane zęby stałe (w przypadku złamania powyżej 9 zębów stałych)

2) nie obejmuje zwichnięć nawykowych stawów;
3) w przypadku leczenia operacyjnego złamania albo zwichnięcia wymienionego w Tabeli nr 5, ubezpieczonemu przysługuje, oprócz świadczenia wynikającego z Tabeli nr 5, dodatkowo świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia za każdy operowany narząd; przy czym jeśli organy operowane są podczas jednego zabiegu operacyjnego to świadczenie przysługuje tylko jeden raz; przez operowany narząd należy rozumieć narząd wymieniony w poszczególnych pozycjach Tabeli nr 5.

7. Świadczenie z tytułu innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7 i 8:

1) określa się w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą nr 6 i przysługuje:
   a) w wariancie I – wyłącznie wówczas, gdy nie występuje trwały uszczerbek na zdrowiu,
   b) w wariancie II – w zakresie wskazanym w poz. 1 albo poz. 2 albo poz. 3 poniższej Tabeli nr 6,
   c) w wariancie II Bis – w zakresie wskazanym w poz. 1 albo w poz. 2 poniższej Tabeli nr 6;

Tabela nr 6

Inne następstwa niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7 i 8

Poz.	Rodzaj następstwa	Warunek	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia		
			Wariant I	Wariant II	Wariant II Bis
1	Nagłe zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi	hospitalizacja	1	5	5
2	Porażenie prądem, piorunem	hospitalizacja	1	5	5
3	Następstwo urazów ciała z jednego i wszystkich wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia, które nie figuruje w żadnej z Tabel i nie daje się zakwalifikować jako poważne uszkodzenia ciała (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej)	interwencja lekarska w placówce medycznej połączona z dalszym leczeniem i wymagająca co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza (potwierdzonej w dokumentacji medycznej)	0,5	0,5	brak

2) w przypadku gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia można zakwalifikować do dwóch lub trzech pozycji w Tabeli nr 6, świadczenie przysługuje tylko z jednej korzystniejszej dla ubezpieczonego pozycji.

8. Świadczenie z tytułu oparzeń lub odmrożeń – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą nr 7:

Tabela nr 7

Oparzenia lub odmrożenia

Poz.	Rodzaj i rozległość oparzenia bądź odmrożenia	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1	Oparzenie II st. do 1% powierzchni ciała	1,5
2	Oparzenie II st. powyżej 1% do 15% powierzchni ciała	4
3	Oparzenie II st. powyżej 15% do 30% powierzchni ciała	7
4	Oparzenie II st. powyżej 30% powierzchni ciała	20
5	Oparzenie III st. do 5% powierzchni ciała	4
6	Oparzenie III st. powyżej 5% do 10% powierzchni ciała	10
7	Oparzenie III st. powyżej 10% powierzchni ciała	20
8	Oparzenie dróg oddechowych leczone w szpitalu	20
9	Odmrożenie II st. albo wyższy – jednego palca ręki lub palca stopy	1,5
10	Odmrożenie II st. albo wyższy – więcej niż jednego palca ręki lub palca stopy, odmrożenie nosa lub ucha	4

9. Świadczenie z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą nr 8, jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany w związku z wstrząśnieniem mózgu lub podejrzeniem wstrząśnienia mózgu:

Tabela nr 8

Wstrząśnienie lub podejrzenie wstrząśnienia mózgu

Poz.	Hospitalizacja	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1	2 dni	1
2	3 dni	2
3	4 dni i dłużej	3

10. Świadczenie z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń przysługuje w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony w związku z pogryzieniem, pokąsaniem, ukąszeniem był hospitalizowany.

11. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych przysługuje w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia, jeżeli konieczność poniesienia tych kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, przy czym zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych nie może przekroczyć kwoty 200 złotych za każdy ząb.

12. Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych przysługuje w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia, jeżeli konieczność poniesienia tych kosztów na terytorium RP powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

13. Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP
Usługi assistance, o których mowa w pkt 1–5 świadczone są przez Centrum Pomocy na terytorium RP w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do usług, o których mowa w pkt 3, usługi assistance świadczone są w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku.
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 pomocy medycznej maksymalnie do łącznej kwoty 2 000 zł na wszystkie poniżej wymienione usługi w odniesieniu do każdego wypadku ubezpieczeniowego:
   a) **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, albo

b) **wizyta ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej** – zorganizowanie jednej wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej wskazanej przez Centrum Pomocy 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 koszty tego transportu,

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** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:
   - jednego transportu ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku 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,
   - jednego transportu ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku, 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 zalecił 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) **dostawę 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 punktów 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) **dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza** – 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 recepcie 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 pielęgniarską po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszt dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu pobytu ubezpieczonego; o celowości domowej opieki pielęgniarskiej 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 na skutek nieszczęśliwego wypadku, w którym uczestniczył ubezpieczony nastąpi:
   a) śmierć małżonka ubezpieczonego lub
   b) śmierć dziecka ubezpieczonego lub
   c) śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka ubezpieczonego,
   d) śmierć ucznia z klasy, do której uczęszcza ubezpieczony i ubezpieczony zgłasza potrzebę skorzystania z pomocy psychologa, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt ubezpieczonego u psychologa w liczbie porad zaleconych przez psychologa podczas pierwszej, tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy; jeżeli wskutek wypadku ubezpieczeniowego 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) **Lekcje prywatne dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjum oraz szkół ponadgimnazjalnych, z wyłączeniem uczniów szkół policealnych w rozumieniu ustawy o systemie oświaty** – jeżeli na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony uczeń nie może uczęszczać do szkoły dłużej niż 10 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, PZU SA organizuje i pokrywa koszty indywidualnych korepetycji z maksymalnie 2 wybranych przedmiotów wchodzących w zakres programu nauczania szkoły, do kwoty 400 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;

5) **Infolinia medyczna i telefoniczna konsultacja z lekarzem Centrum Pomocy**
PZU SA zapewnia dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Pomocy, 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 W ROZSZERZONYM ZAKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

§ 13

Na wniosek ubezpieczającego, za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, do umowy ubezpieczenia, zawieranej w wariancie I, w wariancie II albo w wariancie II Bis, mogą być włączone następujące świadczenia dodatkowe:

1) **zwrot kosztów leczenia** – w tym kosztów rehabilitacji, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
2) **ryczałt za okres czasowej niezdolności do nauki lub pracy** – za jeden dzień niezdolności w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
3) **dieta szpitalna w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – za jeden dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
4) **dieta szpitalna z powodu choroby** – za jeden dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
5) **zwrot kosztów dostosowania mieszkania** do trwałego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie wypadku

ubezpieczeniowego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
6) **jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
7) **jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
8) **jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu dziecka z powodu wrodzonej wady serca** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
9) **jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
10) **jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
11) **jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
12) **jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
13) **jednorazowe świadczenie za fakt wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
14) **zwrot kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

ZASADY PRZYZNAWANIA ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH WYMIENIONYCH W § 13

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

§ 14

1. Koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegają zwrotowi, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:
1) poniesione zostały w związku z leczeniem następstw:
a) nieszczęśliwego wypadku, obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła,
b) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego;
2) były uzasadnione z medycznego punktu widzenia;
3) konieczność poniesienia kosztów leczenia powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia zdarzeń, o których mowa w pkt 1;
4) w przypadku rehabilitacji – jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia zajścia zdarzeń, o których mowa w pkt 1.

2. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1 następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia na jeden wypadek ubezpieczeniowy.

3. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 2, pokrywane są także koszty:
1) zakwaterowania ubezpieczonego w okresie rehabilitacji w miejscowości, w której przeprowadzana jest rehabilitacja, jeżeli ośrodek rehabilitacyjny zlokalizowany jest co najmniej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego – do wysokości 150 zł za dobę i maksymalnie za 10 dób;
2) zakwaterowania osoby bliskiej ubezpieczonego, w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego po wypadku ubezpieczeniowym w szpitalu zlokalizowanym co najmniej 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego – do wysokości 150 zł za dobę i maksymalnie za 10 dób.

RYCZAŁT ZA OKRES CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO NAUKI LUB PRACY

§ 15

1. Ryczałt ten przysługuje ubezpieczonemu w związku z następstwem:
1) nieszczęśliwego wypadku, obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
2) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego.

2. Ryczałt wypłacany jest za każdy dzień niezdolności, jeśli niezdolność do pracy lub nauki trwa nieprzerwanie dłużej niż 14 dni.

3. Ryczałt wypłacany jest maksymalnie za okres 180 dni z tytułu jednego i wszystkich wypadków zaistniałych w okresie ubezpieczenia.

4. Ryczałt przysługuje, jeżeli niezdolność do nauki lub pracy powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

5. Ryczałt może być wypłacany na podstawie:
1) zaświadczenia wydanego przez lekarza prowadzącego, wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa albo
2) opinii wydanej przez lekarza orzekającego wskazanego przez PZU SA albo
3) w przypadku małoletnich ubezpieczonych w razie niezdolności do nauki trwającej nie dłużej niż 30 dni – oświadczenia przedstawiciela ustawowego.

DIETA SZPITALNA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 16

1. Dieta szpitalna wypłacana jest – za każdy dzień hospitalizacji, z zastrzeżeniem ust. 3:
1) w następstwie:
a) nieszczęśliwego wypadku, obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła,
b) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego;
2) jeżeli konieczność hospitalizacji powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

2. Dieta przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń, o którym mowa w pkt 1.

3. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1. dnia hospitalizacji ubezpieczonego pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 3 dni.

4. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.

DIETA SZPITALNA Z POWODU CHOROBY INNEJ NIŻ CHOROBA PRZEWLEKŁA

§ 17

1. Dieta szpitalna wypłacana jest za każdy dzień hospitalizacji ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1. dnia hospitalizacji ubezpieczonego pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 6 dni, i wypłacana jest maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich przyczyn hospitalizacji.

3. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.

4. Dieta szpitalna przysługuje, jeżeli konieczność hospitalizacji powstała w okresie ubezpieczenia.
5. Przez chorobę przewlekłą należy rozumieć chorobę występującą (zdiagnozowaną lub niezdiagnozowaną) przed zawarciem umowy ubezpieczenia, o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, na którą chorował ubezpieczony w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego czy wymagała interwencji medycznej czy też nie.

ZWROT KOSZTÓW DOSTOSOWANIA MIESZKANIA

§ 18

1. Zwrot tych kosztów przysługuje, jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony dozna 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu i w związku z tym zajdzie konieczność dostosowania jego miejsca zamieszkania do powstałego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1 przysługuje, jeżeli konieczność dostosowania miejsca zamieszkania powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA SEPSY

§ 19

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia u niego sepsy.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że fakt wystąpienia sepsy miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

§ 20

1. Świadczenie to wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1 następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej stwierdzenie przyczyny zgonu.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU DZIECKA, Z POWODU WRODZONEJ WADY SERCA

§ 21

1. Świadczenie to wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU AMPUTACJI KOŃCZYNY LUB CZĘŚCI KOŃCZYNY SPOWODOWANEJ NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM U DZIECKA

§ 22

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 wypłacane jest pod warunkiem, że amputacja kończyny lub części kończyny ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA dokumentacji medycznej niezbędnej do stwierdzenia tego stanu chorobowego i przyczyny amputacji.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 23

1. Jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego dziecka – wypłacane jest ubezpieczonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć przedstawiciela ustawowego nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia a śmierć nastąpiła w okresie 24 miesięcy od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
3. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1 następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 24

1. Świadczenie to wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.
4. Świadczenie nie przysługuje jeśli przyczyną śmierci był udział ubezpieczonego w zawodach sportowych: lotniczych, motorowych lub motorowodnych.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 25

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że fakt wystąpienia zachorowania miał miejsce w okresie ubezpieczenia.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE ZA FAKT WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA WIRUSOWEGO PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŹNY

§ 26

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu, który wykonuje zawód medyczny bądź jest uczniem szkoły medycznej, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że zakażenie wirusowe zostało zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA POWSTAŁYCH WSKUTEK EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŹNY

§ 27

Koszty te podlegają zwrotowi, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1) poniesione zostały w związku z ekspozycją na materiał zakaźny, która powstała w okresie ubezpieczenia;
2) były uzasadnione z medycznego punktu widzenia;
3) ubezpieczony wykonuje zawód medyczny lub jest uczniem bądź studentem szkoły medycznej.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 28

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności dla świadczeń podstawowych oraz włączonych do umowy ubezpieczenia świadczeń dodatkowych, ustalone są w umowie ubezpieczenia.
2. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności określone są na każdy wypadek ubezpieczeniowy, chyba że OWU w odniesieniu do danego świadczenia stanowią inaczej.
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 zmiany sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, PZU SA odpowiada w granicach zmienionej sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody na taką zmianę.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 29

1. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych powstałych:
   1) w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   2) w wyniku zatrucia spowodowanego nikotyną, spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   3) w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub samookaleczenia;
   4) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
   5) 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;
   6) w wyniku wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej;
   7) w wyniku wykonywania procedur medycznych, których zastosowanie ma pływ na organizm ludzki bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
   8) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
   9) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego.
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, przy czym wyłączenie to nie dotyczy następstw obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła, zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, sepsy, ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność PZU SA jest również wyłączona za fakt wystąpienia chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, przy czym wyłączenie to nie dotyczy faktu wystąpienia sepsy, wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny lub wystąpienia poważnego zachorowania, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje sam fakt wystąpienia tego wypadku ubezpieczeniowego. Jeżeli choroba lub stan chorobowy nie objęty odpowiedzialnością PZU SA miał wpływ na zajście 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, chyba że nie można ustalić, jakie uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są wyłącznie następstwem działania przyczyny zewnętrznej; w takim przypadku przyjmuje się, że uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem działania 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 6 odpowiedzialność PZU SA może być rozszerzona za zapłatą dodatkowej składki;
   2) w następstwie chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, przy czym wyłączenie to nie dotyczy obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła, zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, sepsy, ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje ochroną ubezpieczeniową obrażenia ciała powstałe wskutek wystąpienia sepsy lub ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny.
4. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione przez ubezpieczonego bez zgody Centrum Pomocy, chyba że skontaktowanie się z Centrum Pomocy w sposób określony w § 43 ust. 1 nie było możliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.
5. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.
6. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych nowych substancji psychoaktywnych 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.

ROZDZIAŁ III

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

§ 30

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy albo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowa direct albo umowa na odległość).
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego zawierającego informacje niezbędne do dokonania oceny ryzyka i określenia należnej składki.
3. Warunkiem zawarcia umowy direct jest:
   1) uprzednie zapoznanie się z Regulaminem oraz OWU oraz ich zaakceptowanie przez ubezpieczającego;
   2) uprzednie potwierdzenie przez PZU SA przyjęcia wniosku ubezpieczającego;

3) zapłata składki ubezpieczeniowej w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia.

Zawarcie umowy direct następuje z chwilą zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.

4. Zawarcie umowy na odległość następuje z chwilą potwierdzenia przez PZU SA przyjęcia wniosku ubezpieczającego oraz po uprzednim zapoznaniu się z OWU oraz ich zaakceptowaniu przez ubezpieczającego.
5. 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.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 5. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU SA niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
8. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 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.

§ 31

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 32

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.

§ 33

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się jako umowę indywidualną albo umowę zbiorową 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 wskazane w wykazie. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia zbiorowego 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 tej umowie ubezpieczenia grupy osób.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zbiorowego, ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU SA imię, nazwisko i numer telefonu osoby prowadzącej wykaz.
6. O ile w umowie ubezpieczenia strony nie umówiły się inaczej, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia bez imiennego wskazania ubezpieczonych, ubezpieczeniem objęte są wszystkie osoby należące do określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób bez potrzeby składania wniosków o objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób i zapłaty dodatkowej składki ubezpieczeniowej (w przypadku zmiany liczby osób należących do tej grupy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia).

§ 34

1. Z zastrzeżeniem ust. 2–3, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, chyba że umówiono się inaczej.
2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia określono dzień, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia przypadający przed dniem, w którym powinna zostać zapłacona składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się w dniu określonym w umowie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.
3. Jeżeli w umowie ubezpieczenia określono dzień, w którym rozpoczyna się okres ubezpieczenia przypadający po dniu, w którym powinna zostać zapłacona składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona do dnia poprzedzającego pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z tym dniem.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 35

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się w zależności od:
   1) rodzaju szkoły albo zakładu;
   2) sumy ubezpieczenia;
   3) limitu odpowiedzialności;
   4) okresu ubezpieczenia;
   5) wariantu ubezpieczenia;
   6) zakresu ubezpieczenia;
   7) kodu pocztowego placówki lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

§ 36

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy direct termin płatności składki ubezpieczeniowej ustala się na dzień przypadający najpóźniej przed dniem rozpoczęcia wskazanego w tej umowie okresu ubezpieczenia.
3. Na wniosek ubezpieczającego, dopuszcza się możliwość zapłaty składki ubezpieczeniowej w ratach, z zastrzeżeniem ust. 4. Terminy płatności poszczególnych rat składki ubezpieczeniowej ustala się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Zapłata składki ubezpieczeniowej następuje w formie gotówkowej albo, w porozumieniu z PZU SA, w formie bezgotówkowej.
5. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie bezgotówkowej, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego PZU SA pełną kwotą składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej.
6. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

§ 37

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, 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, składając oświadczenie w tym zakresie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA I USTANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

ZWROT SKŁADKI

§ 38

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia;
2) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 39;
3) z dniem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 37;
4) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
5) z upływem 7 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności;
6) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 3;
7) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron;
8) 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 w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. 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 zapłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w której ubezpieczający jest konsumentem termin, w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne 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. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu zostało wysłane.

§ 40

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

ROZDZIAŁ IV

WYKONANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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) opis przyczyn i przebiegu wypadku ubezpieczeniowego,
   b) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia lub dokumentację medyczną potwierdzającą fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w 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 § 12 ust 13, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zajściu wypadku ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie, zawiadomić telefonicznie o wypadku ubezpieczeniowym Centrum Pomocy i podać następujące informacje:
1) imię, nazwisko i adres zamieszkania ubezpieczonego oraz imię i nazwisko lub nazwę ubezpieczającego;
2) numer telefoniczny, pod którym Centrum Pomocy może skontaktować się z ubezpieczonym lub jego przedstawicielem;
3) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy;
4) stosować się do zaleceń Centrum Pomocy, 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 Pomocy w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum Pomocy 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 Pomocy.

3. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z Centrum Pomocy, o której mowa w ust. 2, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług assistance, o których mowa w § 12 ust. 13, 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 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 nastąpią, 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, w przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia są następstwa wypadku ubezpieczeniowego, ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub ustalenie faktu wystąpienia 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. 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, która jest dostępna do wglądu w jednostkach organizacyjnych PZU SA oraz na stronach internetowych PZU SA.

§ 45

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji, 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 następstwie wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała albo świadczenia z tytułu złamania kości lub zwichnięcia stawów, składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
4. W związku z § 44 ust. 1 – w przypadku przyczynienia się do wypadku ubezpieczeniowego istniejącej wcześniej choroby lub stanu chorobowego nie objętego umową ubezpieczenia na rozmiar następstw wypadku – przysługujące z umowy świadczenia bilansowane są o wpływ tej choroby lub stanu chorobowego na rozmiar następstw wypadku ubezpieczeniowego.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem ubezpieczeniowym były już upośledzone wskutek choroby lub urazu, 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.
6. Jeżeli ubezpieczony przed ustaleniem trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego poważnym uszkodzeniem ciała otrzymał świadczenie za uszkodzenie tego samego narządu z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8), to w przypadku gdy ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarzy wskazanych przez PZU SA spowoduje ustalenie wyższego świadczenia, wówczas świadczenie przyznane z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8), zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a PZU SA wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem z tytułu trwałego uszczerbku a świadczeniami należnymi z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8).
7. Świadczenie z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń, o którym mowa w § 12 ust. 10, wypłacane jest niezależnie od świadczeń wypłacanych z innego tytułu.
8. Świadczenie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 46

Jednorazowe świadczenie w przypadku braku trwałego uszczerbku na zdrowiu i wystąpienia innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7, 8, określone w Tabeli nr 6 przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nr 6 z zastrzeżeniem, że w wariancie I świadczenie to przysługuje wyłącznie wówczas, gdy nie występuje trwały uszczerbek na zdrowiu, a w wariancie II Bis świadczenie przysługuje wyłącznie z poz. nr 1, i poz. 2 Tabeli nr 6.

§ 47

Zwrot kosztów leczenia, o których mowa w § 14 poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 48

Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych z PZU SA, świadczenia przysługują z każdej umowy ubezpieczenia, jednak zwrot kosztów leczenia, nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych 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, o którym mowa w § 12 ust. 1, 2, 3, § 20, § 21, § 24, 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 przypadał 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 nieznani, 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.

   Wypłata 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, o którym mowa w ust. 1, 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, a następnie w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego 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.

§ 51

1. W razie śmierci ubezpieczonego nie będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalony zgodnie z § 11 na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 1, w razie śmierci ubezpieczonego przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, PZU SA wypłaca to świadczenie spadkobiercom ubezpieczonego.

§ 52

1. PZU SA jest zobowiązany:
   1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego, 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 wypadku ubezpieczeniowego, 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 podstawę prawną uzasadniające 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 udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia;
   7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.
2. PZU SA zobowiązany 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.

ROZDZIAŁ V
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 53

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone 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 w jednostce, o której mowa w ust. 1;
   3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
   1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
   2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
   3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby, która złożyła tę reklamację, skargę lub zażalenie.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację 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.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem,

przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.

12. W przypadku umowy direct oraz umowy na odległość, gdzie oferta została wysłana drogą elektroniczną i do zawarcia umowy ubezpieczenia doszło drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU SA jest następujący: reklamacje@pzu.pl
13. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach z konsumentem jest język polski.

§ 54

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.