

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW



ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/102/2013 z dnia 29 marca 2013 r.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną zwaną dalej „PZU SA” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi na rachunek ubezpieczonych.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odbiegające od ustalonych w OWU.
2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odbiegających, OWU mają zastosowanie w zakresie nie uregulowanym tymi postanowieniami.
3. PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
4. Ubezpieczony może żądać, by PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego

DEFINICJE

§ 3

Przez użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia pojęcia należy rozumieć:

- 1) **bójkę** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napaśnik;
- 2) **Centrum Alarmowe PZU** – Centrum Alarmowe działające na rzecz PZU SA świadczące usługi assistance określone w niniejszych 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 OWU; numer telefonu Centrum Alarmowego PZU podany jest w dokumencie ubezpieczenia;
- 3) **ciężkie obrażenia ciała** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego potwierdzoną w dokumentacji medycznej:
 - a) całkowitą i trwałą utratę wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, lub
 - b) trwałe i poważne naruszenie, względnie utratę funkcji ważnego narządu lub narządów: ślepotę jednooczną, poważne obustronne upośledzenie wzroku, utratę kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utratę ważnego narządu wewnętrznego, zeszytywnienie jednego z dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego, skokowego) zwłaszcza w pozycji niekorzystnej, utratę zdolności chwytnej ręki (utratę co najmniej trzech palców ręki w tym kciuka), niedowład lub porażenie obejmujące co najmniej jedną kończynę;
- 4) **dokument ubezpieczenia** – polise, certyfikat lub inne potwierdzenie na piśmie zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 5) **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;

- 6) **krwotok śródczaszkowy** – wynacznienie krwi do jamy czaszki;
 - 7) **leczenie** – wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
 - 8) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
 - 9) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
 - 10) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 11) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
 - 12) **operację chirurgiczną** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego i przeprowadzony metodą:
 - a) otwartą, lub
 - b) endoskopową;
- w rozumieniu OWU operacją chirurgiczną, nie są: punkcje, biopsje, iniekcje, nakłucia, cewnikowania, zglębniokowania, kanulacje, dializy, blokady, wenesekcje, tamponady, wziernikowania;
- 13) **osobę niesamodzielną** – osobę zamieszkałą z ubezpieczonym, która ze względu na podwyższy wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
 - 14) **osobę wyznaczoną** – osobę wskazaną przez ubezpieczonego w czasie rozmowy telefonicznej z konsultantem Centrum Alarmowego PZU, zamieszkałą na terytorium RP; dla potrzeb niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z upoważnieniem jej do sprawowania opieki określonej w § 11 pkt 5 lit. a-b lub pkt 6;
 - 15) **placówkę medyczną** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
 - 16) **pracę zarobkową** – formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
 - 1) w ramach:
 - a) umowy cywilnoprawnej, lub
 - b) stosunku pracy, lub
 - c) stosunku służbowego o charakterze administracyjnoprawnym, lub
 - 2) w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
 - 17) **pracownika** – osobę fizyczną wykonującą pracę zarobkową, na rachunek którego zawarta została umowa ubezpieczenia i który przystąpił do ubezpieczenia;
 - 18) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne,

- zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów);
- 19) **rehabilitację** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia
 - 20) **sporty wysokiego ryzyka** – następującą aktywność sportową, której uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi i działania w warunkach dużego ryzyka, często zagrożenia życia:
 - a) sporty motorowe lub motorowodne (sporty, których nie można uprawiać bez silnika stosowanego jako bezpośredni napęd lub siła pociągowa),
 - b) szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych,
 - c) wspinaczkę wysokogórską, skalną i skałkową, speleologię przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającą użycia takiego sprzętu,
 - d) rafting i wszystkie jego odmiany,
 - e) nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu (scuba diving), nurkowanie na zatrzymanym oddechu (free diving), nurkowanie wrakowe i jaskiniowe,
 - f) żeglarstwo morskie, śródlądowe, deskowe: surfing, windsurfing i wszystkie jego odmiany,
 - g) jazdę na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi,
 - h) narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle,
 - i) snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe,
 - j) airboarding, snake gliss, snowkite, snowtrikke, snowblades, supershorties, boardercross, snowscooting, icesurfing;
 - k) skoki na gumowej linie, jumping, jumping B.A.S.E.,
 - l) sztuki walki i sporty obronne,
 - m) jeździectwo,
 - n) kolarstwo górskie, downhill,
 - o) udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej,
 - p) uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi cz przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne;
 - 21) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia;
- w rozumieniu OWU pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych;
- 22) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
 - 23) **ubezpieczającego** – pracodawcę będącego osobą fizyczną, osobą prawną bądź jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, który zawarł z PZU SA umowę ubezpieczenia;
 - 24) **ubezpieczony** –
 - w zakresie podstawowym: pracownika, małżonka pracownika lub jego konkubenta, imiennie wskazanego w deklaracji zgody pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego dodatkowej składki za ochronę ubezpieczeniową udzielaną tym osobom, oraz dzieci pracownika do 24 roku życia uczące się i pozostające na utrzymaniu pracownika, imiennie wskazane w deklaracji zgody pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego dodatkowej składki za ochronę ubezpieczeniową udzielaną tym osobom;
 - w zakresie rozszerzonym: pracownika;
 - 25) **uposażonego** – osobę wskazaną imiennie przez ubezpieczającego jako upoważnioną do odbioru należnego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;

- 26) **wycynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych lub szkoleniowych w celu uzyskania w drodze współzawodnictwa sportowego maksymalnych wyników sportowych; obejmuje również zawodowe uprawianie sportu
- 27) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszcześliwy wypadek, doznanie obrażeń ciała w wyniku ataku epilepsji lub omdlenia o niestabilnej przyczynie, krwotok śródczaszkowy, zawał serca;
- 28) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa:

- 1) nieszcześliwych wypadków,
- 2) obrażeń ciała, których zaistnienie spowodowane zostało atakiem epilepsji albo omdleniem o niestabilnej przyczynie,

§ 5

Za opłatą dodatkowej składki odpowiedzialność PZU SA może być rozszerzona o następstwa:

- 1) zawałów serca lub krwotoków śródczaszkowych;
- 2) wypadków ubezpieczeniowych powstałych na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka.

§ 6

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

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

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

- 1) w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
- 2) w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 3) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
- 4) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
- 5) w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
- 6) w związku z umyślnym popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
- 7) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- 8) wskutek utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową z zastrzeżeniem, że wyłączenie to nie dotyczy utraty przytomności spowodowanej atakiem epilepsji lub omdleniem o niestabilnej przyczynie;
- 9) w wyniku wykonywania procedur medycznych, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;

- 10) na skutek wyczynowego uprawiania sportu;
 - 11) na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka, chyba że odpowiedzialność PZU SA została rozszerzona w tym zakresie za opłatą dodatkowej składki;
 - 12) w wyniku czynnego udziału ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg lub sabotażu, chyba że udział ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg wynikał z wykonywania czynności służbowych,
 - 13) w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego lub napromieniowania;
 - 14) na skutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego zaistniałych na terytorium RP i poza jej granicami.
2. Odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie wypadku ubezpieczeniowego lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 pkt 2 oraz gdy odpowiedzialność PZU SA została rozszerzona za opłatą dodatkowej składki również § 5 pkt 1. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku (tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna) odpowiedzialność PZU SA obejmuje uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia, które są następstwem przyczyny zewnętrznej.
3. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są usługi assistance, gdy zdarzenie stanowiące podstawę organizacji takiej usługi powstało:
- 1) w związku lub w następstwie okoliczności, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem że w przypadkach o których mowa w ust. 1 pkt 11, odpowiedzialność PZU SA może być rozszerzona za opłatą dodatkowej składki
 - 2) w następstwie chorób lub stanów chorobowych, o których mowa w ust. 2
4. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy należących do ubezpieczonego.
5. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem oceniane są według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

SUMA UBEZPIECZENIA

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.
2. Pracownik może przystąpić do ubezpieczenia wybierając jeden z wariantów ubezpieczenia i wskazując go w deklaracji zgody.
3. Warianty ubezpieczenia obejmują albo same świadczenia podstawowe, albo świadczenia podstawowe i jedno lub więcej świadczeń dodatkowych.

§ 9

1. Ustalana w umowie ubezpieczenia suma ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie może wynosić mniej niż 3.000 zł.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający w porozumieniu z PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
3. Zmiana warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, powoduje konieczność dokonania ponownej kalkulacji składki na okres, w którym mają obowiązywać zmienione warunki ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, PZU SA odpowiada w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia lub rozszerzonego zakresu ubezpieczenia począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody odpowiednio na pod-

wyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia.

§ 10

1. Świadczenia podstawowe obejmują:
 - 1) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem wypadku ubezpieczeniowego, przy czym, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku, PZU SA wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia, a w razie częściowego uszczerbku, taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku;
 - 2) świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia;
 - 3) zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych, protez i środków pomocniczych do wysokości 15% sumy ubezpieczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego na terytorium RP osób niepełnosprawnych do wysokości 15% sumy ubezpieczenia nie więcej niż 10.000 zł dla każdego z tych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 4) usługi powypadkowe typu assistance określone w § 11.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć nastąpił nie później niż w okresie 24 miesiące od daty zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
3. Koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz koszty przeszkolenia zawodowego na terytorium RP osób niepełnosprawnych zwracane są pod warunkiem, że powstały one w następstwie wypadku ubezpieczeniowego oraz konieczność nabycia ww. przedmiotów lub konieczność ww. przeszkolenia zawodowego ubezpieczonego zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonego od dnia ww. wypadku ubezpieczeniowego. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków lub faktur i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego na te koszty.
4. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w walucie polskiej według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania świadczenia.

§ 11

1. Usługi powypadkowe typu assistance, o których mowa w pkt 1–7 są świadczone przez Centrum Alarmowe PZU na terytorium RP w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia. W zależności od zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego na wniosek ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu PZU SA, organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance:
 - 1) **Pomoc medyczna**
PZU SA organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance maksymalnie do łącznej kwoty 2.000 zł na wszystkie poniżej wymienione usługi w odniesieniu do każdego wypadku ubezpieczeniowego:
 - 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 Alarmowe PZU oraz pokrycie kosztów honorarium tego lekarza; przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty; na wniosek ubezpieczonego PZU SA organizuje jego transport do placówki medycznej i pokrywa jego koszty;
 - c) **wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego** – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego wymaga wizyty pielęgniarki w jego domu, 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:**

- do odpowiedniej placówki medycznej z miejsca pobytu ubezpieczonego lub z miejsca wypadku ubezpieczonego,
- między placówkami medycznymi, gdzie udzielano kolejnej pomocy medycznej lub gdy ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej,
- do innego szpitala, jeżeli placówka medyczna, w której ubezpieczony jest hospitalizowany nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do jego stanu zdrowia,
- z placówki medycznej do miejsca pobytu ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej, gdy zgodnie z zaleceniem lekarza leczącego ubezpieczonego, ubezpieczony nie powinien korzystać z własnego środka transportu lub publicznych środków transportu lokalnego,

2) **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna**

PZU SA zapewnia:

- a) **organizację procesu rehabilitacji** – jeżeli lekarz leczący ubezpieczonego zaleci zabiegi rehabilitacyjne, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty (koszty dojazdu i honorarium) w miejscu pobytu ubezpieczonego albo organizuje i pokrywa koszty transportu ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz koszty zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w poradni rehabilitacyjnej; usługa realizowana jest maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym o miejscu wykonania zabiegów decyduje lekarz leczący ubezpieczonego;
- b) **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 placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; ponadto PZU SA organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego do miejsca pobytu ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu pokrywa ubezpieczony;
- c) **dostawę leków** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego musi przebywać w domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty jednorazowego dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego przepisanych na receptę przez lekarza niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie RP; jeżeli ubezpieczony ponadto potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty, PZU SA organizuje i pokrywa koszty dostarczenia wskazanych przez ubezpieczonego leków dostępnych bez recepty; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty leków pokrywa ubezpieczony,
- d) **domową opiekę pielęgnarską po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgnarskiej (koszt dojazdu pielęgnarki i jej honorarium) po zakończeniu hospitalizacji w miejscu pobytu ubezpieczonego; o celowości domowej opieki pielęgnarskiej decyduje lekarz leczący ubezpieczonego. Usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 1.000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

3) **Pomoc psychologa**

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

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

i ubezpieczony zgłasza potrzebę skorzystania z pomocy psychologa, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt ubezpieczonego u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej, tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1.500 zł.; Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA nastąpi zgon ubezpieczonego, pomoc psychologa, o której mowa wyżej, przysługuje współmałżonkowi, dziećmi i rodzicom ubezpieczonego; PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt takiej osoby u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1.500 zł na każdą osobę.

4) **Pomoc domowa**

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

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

W przypadku hospitalizacji ubezpieczonego będącej wynikiem wypadku ubezpieczeniowego, po uzgodnieniu przez lekarza Centrum Alarmowego PZU z lekarzem leczącym ubezpieczonego przewidywanego czasu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, PZU SA organizuje:

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

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

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

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

6) **Opieka nad psami lub kotami**

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

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

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

2. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione przez ubezpieczonego bez zgody Centrum Alarmowego PZU, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym PZU w sposób określony w § 40 ust. 1 nie było możliwe w przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

§ 12

Za opłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może obejmować następujące świadczenia dodatkowe z odpowiednimi do nich limitami ponad sumę ubezpieczenia:

- 1) zwrot kosztów leczenia następstw wypadku ubezpieczeniowego – do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 13;
- 2) świadczenie ryczałtowe z tytułu niemożności wykorzystania wykupionych wczasów, wycieczek w związku z zajęciem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 10% sumy ubezpieczenia;
- 3) świadczenie ryczałtowe z tytułu przebycia operacji w związku z zajęciem wypadku ubezpieczeniowego – w wysokości 10% sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że operacja odbyła się nie później niż 24 miesiące od daty wypadku ubezpieczeniowego;
- 4) jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego pracownika spowodowanego nowotworem złośliwym – w wysokości 1.000 zł pod warunkiem, że zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od jego rozpoznania;
- 5) zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem ubezpieczeniowym, płatny przy leczeniu szpitalnym od 1-ego dnia lub przy leczeniu ambulatoryjnym od 7-ego dnia – w wysokości 0,3% sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 14.

§ 13

1. Koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegają zwrotowi, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) poniesione zostały w związku z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
 - 2) były uzasadnione z medycznego punktu widzenia;
 - 3) konieczność poniesienia kosztów leczenia zaistniała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
 - 4) w przypadku rehabilitacji – jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie, przy czym limit ten nie może być wyższy niż 20.000 zł na koszty powstałe w wyniku zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego.
3. Zwrot kosztów leczenia poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w walucie polskiej według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania wysokości świadczenia.

§ 14

1. Zasiłek dzienny jest to świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest przez maksymalny okres 90 dni z tytułu jednego wypadku ubezpieczeniowego.

3. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.

4. Jeżeli na powstałą niezdolność do pracy ma również wpływ istniejący przed wypadkiem ubezpieczeniowym stan choroby lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego.

5. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego w przypadku gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek wykonywał pracę zarobkową.

§ 15

Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, PZU SA zwraca ubezpieczonemu koszty badań lekarskich zleconych przez lekarzy wskazanych przez PZU SA wymaganych dla uzasadnienia zgłoszonych do PZU SA roszczeń oraz niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w RP do lekarzy wskazanych przez PZU SA.

§ 16

Jeżeli ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych z PZU SA, świadczenia przysługują z każdej umowy, jednak zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP, a także zwrot kosztów leczenia – o ile świadczenie to zostało włączone do umowy ubezpieczenia – następuje do wysokości rzeczywistych udowodnionych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z wysokości umów ubezpieczenia.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 17

1. Umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawiera się na czas nieokreślony z miesięcznymi okresami ochrony ubezpieczeniowej odpowiadającymi miesiącom kalendarzowym.
2. Pracownicy ubezpieczającego, którzy po zawarciu umowy chcą przystąpić do ubezpieczenia składają indywidualne deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia na czas nieokreślony (zwane dalej deklaracjami zgody).
3. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje z chwilą doręczenia ubezpieczającemu podpisanej deklaracji zgody, a ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następnego po miesiącu kalendarzowym, w którym została podpisana deklaracja zgody.
4. Ubezpieczający jest obowiązany przysłać do PZU SA podpisane przez pracowników deklaracje zgody w ciągu 14 dni od daty ich otrzymania wraz z wykazem imiennym sporządzonym w dwóch egzemplarzach.
Po potwierdzeniu przez PZU SA deklaracji zgody i wykazu imiennego, PZU SA zwraca kopię wykazu i deklaracje zgody ubezpieczającemu w celu przechowywania ich jako dowodów ubezpieczenia poszczególnych pracowników.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia, który doręcza ubezpieczającemu.

§ 18

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 niego 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 jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
2. W braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

SKŁADKA ZA UBEZPIECZENIE

§ 19

1. Składkę ubezpieczeniową za czas trwania odpowiedzialności PZU SA ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się w zależności od:
 - 1) sumy ubezpieczenia,
 - 2) zakresu ubezpieczenia,
 - 3) liczby ubezpieczonych,
 - 4) obniżki, o której mowa w ust. 3.
3. W umowach ubezpieczenia, w zależności od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia stosuje się obniżkę składki ubezpieczeniowej.
4. Zapłata składki następuje co miesiąc w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
5. Pierwsza składka ubezpieczeniowa za danego ubezpieczonego płatna jest przez ubezpieczającego przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, a kolejne składki miesięczne – przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia.
6. W przypadku zaległości w zapłacie całości lub części składek PZU SA wzywa ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości, wskazując w wezwaniu co najmniej 15-dniowy dodatkowy termin do zapłaty zaległej składki oraz informując o skutku niezapłacenia składki, o którym mowa w ust. 7.
7. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w zapłacie części lub całości składek, za kolejne 3 okresy ubezpieczenia – mimo uprzedniego wezwania do zapłaty, o którym mowa w ust. 6. Umowa rozwiązuje się z końcem trzeciego okresu ubezpieczenia, za które ubezpieczający nie zapłacił części lub całości składek.
8. W przypadku zaległości w zapłacie składek wpłacane kwoty przeznaczane są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
9. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
10. Składka nie podlega indeksacji.

ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 20

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym PZU SA otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 9.

KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 21

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, w przypadku o którym mowa w § 20 ust. 1;
- 2) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 9;

- 3) z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 20 ust. 2;
- 4) z upływem okresu ubezpieczenia, w którym ubezpieczony złożył rezygnację z ubezpieczenia;
- 5) z upływem okresu ubezpieczenia, za jaki zapłacono składkę jeżeli w tym okresie ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego;
- 6) w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 7;
- 7) w stosunku do danego ubezpieczonego z chwilą jego śmierci.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU

§ 22

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) zawiadomić PZU SA o zajściu wypadku ubezpieczeniowego i dostarczyć:
 - a) szczegółowy opis przyczyn i przebiegu wypadku,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - 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 uprawnionym do uzyskania takich dokumentów oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 25 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.
3. PZU SA zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów i dokumentów określonych w ust. 1 oraz zasięgnięcia opinii lekarzy specjalistów.

§ 23

1. W celu skorzystania z usług assistance, o których mowa w § 11, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zajściu zdarzenia i przed podjęciem działań we własnym zakresie, zawiadomić telefonicznie o wypadku ubezpieczeniowym Centrum Alarmowym PZU i podać następujące informacje:
 - 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania ubezpieczonego oraz imię i nazwisko lub nazwę ubezpieczającego;
 - 2) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe PZU może skontaktować się z ubezpieczonym lub jego przedstawicielem;
 - 3) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy,
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego PZU, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
2. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z przyczyn niezależnych od siebie nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym PZU w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum Alarmowym PZU stało się możliwe, powiadomić o zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z Centrum Alarmowym PZU.
3. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z Centrum Alarmowym PZU, o której mowa w § 11 ust. 2, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług assistance,

o których mowa w § 11 ust. 1, PZU SA zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego 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 zajęcie wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU SA oraz imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.

4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym w terminie, określonym w ust. 2, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku ubezpieczeniowym nie nastąpią, jeżeli PZU w terminie, o którym mowa w ust. 2, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALANIE ŚWIADCZEŃ

§ 24

1. Rodzaje i wysokości świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym, a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1 oraz ustalenie stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, okresu leczenia i niezdolności do pracy, następuje na podstawie dostarczonej dokumentacji, określonej w § 22 ust. 1 oraz wyników badań lekarskich.
3. Na zlecenie oraz na koszt PZU SA ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń.
4. Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, PZU SA zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazd do celu wykonania badań, o których mowa w ust. 3.
5. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określają lekarze, na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA”, którą PZU SA na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego udostępnia do wglądu w jednostkach organizacyjnych PZU SA oraz na stronach internetowych PZU SA.
6. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia – najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku ubezpieczeniowego. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenia lub pogorszenia) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
7. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
8. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem ubezpieczeniowym były już upośledzone wskutek choroby lub wypadku ubezpieczeniowego, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku ubezpieczeniowym a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 25

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w przypadku gdy ubezpieczony jest mało-

letni – jego przedstawicielowi ustawowemu. Świadczenia wypłacone są wyłącznie w złotych.

2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu, a w razie braku jego wskazania – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) dzieciom w częściach równych, w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – udział, jaki by przypadł temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych,
 - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawym 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 PZU SA zwraca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszej kolejności 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.
 5. Świadczenia wypłacane są w złotych.

§ 26

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, PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci określonej w umowie ubezpieczenia i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 27

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 przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeczony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

§ 28

1. PZU SA jest zobowiązany:
 - 1) po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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;
 - 2) jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także do wypłacenia bezspornej części świadczenia;
 - 3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu,

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- do poinformowania o tym pisemnie osoby występującej z roszczeniem, w terminach określonych w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 4) do udostępniania osobom, o których mowa w pkt 1, oraz uprawnionemu, 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 udostępniania osobom, o których mowa w pkt 1, oraz uprawnionemu, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
 - 6) na żądanie ubezpieczającego, 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.
2. PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
 3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU SA powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

§ 29

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia dotyczących wykonania przez PZU SA umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub zażalenia, właściwym do ich rozpatrzenia, jest jednostka organizacyjna PZU SA, której skarga lub zażalenie dotyczy.
2. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2 ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 30

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

§ 31

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 32

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieszonych od dnia 1 czerwca 2013 r.