

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PZU OSP

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r.



SPIS TREŚCI

Rozdział I – Postanowienia wprowadzające	str. 1	Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności	str. 12
Informacje ustawowe	str. 1	Wyłączenia odpowiedzialności	str. 12
Postanowienia ogólne	str. 2		
Definicje	str. 2	Rozdział III – Zawarcie umowy ubezpieczenia i czas jej trwania	
Rozdział II – Czas ochrony. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 4	Zawarcie umowy ubezpieczenia i czas jej trwania	str. 13
Czas ochrony	str. 4	Składka za ubezpieczenie	str. 14
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 5	Odpowiedzialność PZU SA. Zwrot składki ubezpieczeniowej	str. 14
Świadczenia podstawowe	str. 5	Rozdział IV – Wykonanie umowy ubezpieczenia. Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	str. 15
Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej	str. 5	Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	str. 15
Świadczenia dodatkowe	str. 5	Obowiązki ubezpieczonego	str. 15
Postanowienia szczegółowe dotyczące świadczeń podstawowych	str. 5	Ustalenie i wypłata świadczeń	str. 15
Postanowienia szczegółowe dotyczące świadczeń dodatkowych	str. 9	Rozdział V – Postanowienia końcowe	str. 17

ROZDZIAŁ I

POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

INFORMACJE USTAWOWE

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, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 ust. 1 i 2, § 23, § 24, § 25, § 26, § 27, § 28, § 29, § 30, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 36, § 37, § 38, § 39, § 40, § 42 ust. 6–8, § 45 ust. 3, 4 i 6, § 46 ust. 1–4, § 50, § 53, § 54, § 55, § 56, § 57, § 58, § 59, § 60, § 61, § 62, § 63, § 64, § 65, § 66, § 67
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 4, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22 ust. 1 i 2, § 23, § 24, § 25, § 26, § 27, § 28, § 29, § 30, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 36, § 37, § 38, § 39, § 40, § 41, § 42 ust. 9, § 46 ust. 1–4, § 53, § 54, § 55, § 56 ust. 3 i 4, § 57, § 58, § 59, § 60, § 61, § 62, § 63, § 64, § 65, § 66, § 67

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne warunki ubezpieczenia PZU OSP, 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 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.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie jako umowa zbiorowa.

§ 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 odmiennej, 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, w tym Ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 roku o ochronie przeciwpożarowej (tekst jednolity Dz.U. z 2016 poz. 191).

§ 3

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.
2. 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) **bojówkę** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- 3) **całkowite trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym, które stało się przyczyną niepełnosprawności lub całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie, orzeczonej przez organ uprawniony do orzekania o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy, na podstawie wniosku w tym zakresie złożonego nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia tego wypadku ubezpieczeniowego; trwałą niezdolność do pracy oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy;
- 4) **Centrum 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;
- 5) **choroba tropikalna** – schorzenie, które albo występuje wyłącznie w krajach o klimacie tropikalnym lub subtropikalnym, albo jest w tych regionach często spotykane, ale może się szerzyć także w innych strefach klimatycznych; choroby tropikalne są wywoływane przez bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty jedno- i wielokomórkowe, a do zakażenia dochodzi za pośrednictwem wektorów, czyli komarów, kleszczy, muszek piaskowych;
- 6) **choroba przewlekłą** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami;
- 7) **czasową niezdolność do pracy lub nauki** – powstałą w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niezdolność ubezpieczonego do pracy (zarobkowej) lub czynnej służby pożarniczej lub nauki, udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do wykonywania pracy, wystawioną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 8) **czynną służbę pożarniczą w ramach OSP/MDP** – szkolenia teoretyczne i praktyczne, działania ratownicze, ćwiczenia, zawody sportowo-pożarnicze, prace gospodarcze, gospodarczo-remontowe, konserwacyjne lub porządkowe w strażnicy i na terenie działania jednostki OSP/MDP a także prace przy sprzęcie, czas wykonywania innych czynności i obowiązków członka OSP/MDP, w tym także obowiązków związanych ze sprawowaniem określonych funkcji w strukturach OSP/MDP;
- 9) **ćwiczenia** – działania, w trakcie których prowadzone jest szkolenie z zakresu czynności statutowych ochotniczych straży pożarnych;
- 10) **długotrwały uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu, spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie;
- 11) **dokument ubezpieczenia** – polisę, certyfikat lub inne potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 12) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych w czasie wojny mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
- 13) **działania ratownicze** – czynność podjętą w celu ochrony życia, zdrowia, mienia lub środowiska, a także likwidację przyczyn powstania pożaru, wystąpienia klęski żywiołowej lub innego miejscowego zagrożenia;
- 14) **dziecko** – własne bądź przysposobione dziecko ubezpieczonego lub współmałżonka ubezpieczonego;
- 15) **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, zadrażnienia, rozcięcia, zadrapania, pogryzienia przez pacjenta;
- 16) **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;
- 17) **IPIM** – inny niż krew potencjalnie infekcyjny materiał: nasienie, wydzielina z pochwy, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn opłucnowy, maź stawowa, płyn osierdziowy, płyn

- otrzewnowy, płyn owodniowy, mleko kobiece, ślina, inny płyn ciała, który jest skażony krwią oraz inny płyn ustrojowy, w sytuacji gdy ich rozróżnienie jest trudne lub niemożliwe, oderwana tkanka, narząd człowieka żywego lub martwego, komórki lub hodowla tkankowa zawierające HIV, HBV lub HCV oraz płyny zawierające wirusy;
- 18) **krwotok śródczaszkowy** – wynacznienie krwi do jamy czaszki;
 - 19) **leczenie** – wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne, hospitalizację, zabiegi ambulatoryjne, w tym operacje plastyczne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
 - 20) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
 - 21) **leczenie powstałe wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – obejmując:
 - a) przeprowadzenie konsultacji lekarskich i wykonanie badań na obecność wirusów: HIV (ludzki wirus niedoboru odporności), HBV (wirus zapalenia wątroby typu B), HCV (wirus zapalenia wątroby typu C), HAV, HDV i HEV,
 - b) zastosowanie kuracji antyretrowirusowej (w tym zakup leków antyretrowirusowych),
 jeżeli konieczność przeprowadzenia powyższych konsultacji, badań lub kuracji powstała wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny;
 - 22) **leczenie uciążliwe** – związane z wypadkiem ubezpieczeniowym leczenie ubezpieczonego, z którym to leczeniem wiązała się konieczność przeprowadzenia operacji lub hospitalizacji trwającej minimum 5 dni;
 - 23) **MDP** – Młodzieżową Drużyną Pożarniczą;
 - 24) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
 - 25) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 26) **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 niezaiarnicy; 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;
 - 27) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry oraz tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
 - 28) **OIOM/OIT** – oddział intensywnej opieki medycznej lub oddział intensywnej terapii; wyodrębniony organizacyjnie jako osobny oddział w strukturach szpitala, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustrojowych;
 - 29) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
 - 30) **oparzenie** – uszkodzenie skóry oraz tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
 - 31) **operację** – zabieg medyczny wykonywany 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, weneksacje, tamponady, wżernikowania;
 - 32) **osobę niesamodzielną** – osobę zamieszkujejącą z ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
 - 33) **osobę wyznaczoną** – osobę wskazaną przez ubezpieczonego w czasie rozmowy telefonicznej z konsultantem Centrum Pomocy, zamieszkałą na terytorium RP; dla potrzeb OWU wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z upoważnieniem jej do sprawowania opieki określonej w § 18 ust. 2 pkt 5 lit. a–b lub pkt 6;
 - 34) **OSP** – Ochotniczą Straż Pożarną;
 - 35) **państwo znajdujące się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną 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”;
 - 36) **placówkę medyczną** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
 - 37) **poważne zachorowanie** – wystąpienie u ubezpieczonego następującej choroby:
 - a) **udar** – nagłego ogniskowego lub uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, prowadzącego do trwałych ubytków neurologicznych, wywołanego wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcia światła lub przerwanie ciągłości ściany naczyńia 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 opioniaka 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 wyrodnieniem 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, drżenia wzmocnienia napięcia mięśniowego

- wego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy; z wyłączeniem parkinsonizmu objawowego lub
- g) **utrata wzroku spowodowanej chorobą** – potwierdzonej specjalistycznym badaniem okulistycznym oraz statycznym badaniem pola widzenia, oboczna, oraz poddająca się korekcji utratą ostrości wzroku poniżej 5/50 lub oboczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20;
- 38) **przeciętne wynagrodzenie** – przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim roku, ogłaszane do celów emerytalnych w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, stosowane poczynając od drugiego kwartału każdego roku przez okres jednego roku;
- 39) **pracę zarobkową** – formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
- w ramach:
 - umowy cywilnoprawnej lub
 - stosunku pracy lub
 - stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub
 - w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
- 40) **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 i środków pomocniczych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2013 poz. 1565);
- 41) **przedstawiciela ustawowego** – rodzica posiadającego władzę rodzicielską albo opiekuna ustanowionego przez sąd;
- 42) **regulamin** – właściwe regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną;
- 43) **rehabilitację** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
- 44) **rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej** – wystąpienie ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia zbiorowego;
- 45) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
- 46) **sepsę** – inaczej posocznice; zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem;
- 47) **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 związana jest z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
- 48) **stan wyjątkowy** – stan nadzwyczajny państwa, którego wprowadzenie powoduje ograniczenie niektórych praw i swobód obywatelskich;
- 49) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym ubezpieczeniem; w rozumieniu OWU w przypadku umowy ubezpieczenia OSP zawieranej w warunkach II, o którym mowa w § 10 ust. 1 – trwały uszczerbek na zdrowiu jest równoznaczny stałemu uszczerbkowi na zdrowiu;
- 50) **ubezpieczającego** – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia na rachunek ubezpieczonego;
- 51) **ubezpieczonego** – osobę fizyczną imiennie wskazaną w dokumencie ubezpieczenia lub osobę fizyczną wchodzącą w skład grupy osób wskazanej w dokumencie ubez-
- pieczenia, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
- 52) **umowę direct** – umowę ubezpieczenia zawartą przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość drogą elektroniczną z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa;
- 53) **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;
- 54) **uposażonego** – osobę wskazaną imiennie przez ubezpieczonego jako upoważnioną do odbioru należnego świadczenia z tytułu śmierci;
- 55) **wojnę** – zorganizowany konflikt zbrojny między państwami, narodami lub grupami etnicznymi i społecznymi;
- 56) **współmałżonka** – osobę pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim zawartym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; w rozumieniu OWU za współmałżonka uważa się również partnera życiowego ubezpieczonego, tj. osobę nie będącą w związku małżeńskim zawartym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pozostającą we wspólnym pożyciu z ubezpieczonym, który również nie jest w związku małżeńskim zawartym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 57) **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;
- 58) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z czynną służbą pożarniczą w ramach OSP/MDP;
- 59) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, atak epilepsji, omdlenie z przyczyny innej niż choroba prze-wleklą, zawał serca, krwotok śródczaszkowy, sepsę, chorobę tropikalną, ekspozycję zawodową na materiał zakaźny, zakażenie wirusowe po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, nowotwór złośliwy, poważne zachorowanie;
- 60) **zakażenie wirusowe po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – zakażenie po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wirusem: HIV (ludzki wirus niedoboru odporności), HBV (wirus zapalenia wątroby typu B), HCV (wirus zapalenia wątroby typu C), HAV, HDV i HEV lub pełnoobjawowe AIDS będące następstwem zakażenia po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny wirusem HIV;
- 61) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego.

ROZDZIAŁ II

CZAS OCHRONY. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

CZAS OCHRONY

§ 5

PZU SA ponosi odpowiedzialność z tytułu wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia zarówno na terytorium RP, jak i poza granicami RP, z zastrzeżeniem § 6.

§ 6

Umowę ubezpieczenia PZU OSP zawiera się z ograniczonym czasem ochrony ubezpieczeniowej obejmującym odpowiedzialność za wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w związku z czynną służbą pożarniczą w ramach OSP/MDP oraz w bezpośredniej drodze z domu do miejsca wykonywania służby pożarniczej i w bezpośredniej drodze powrotnej z miejsca wykonywania służby pożarniczej do domu, przy czym przez dom rozumie się miejsce stałego zamieszkania znajdujące się w miejscowości, w której osoba fizyczna przebywa z zamiarem stałego pobytu i która jest ośrodkiem życia codziennego tej osoby.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 7

Przedmiotem umowy ubezpieczenia są następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub sam fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 8

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
 - w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej albo
 - w rozszerzonym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Podstawowy zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - następstwa nieszczęśliwego wypadku;
 - następstwa ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła, jeżeli w wyniku tego ataku albo tego omdlenia doszło do obrażeń ciała;
 - następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego;
 - w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w wariantcie I, o którym mowa w § 10 również sam fakt wystąpienia choroby tropikalnej oraz śmierć będącą następstwem choroby tropikalnej.
- W podstawowym zakresie ubezpieczenia przysługują świadczenia podstawowe, o których mowa w § 10.
- Za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczający może rozszerzyć podstawowy zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, o zakres ubezpieczenia określony w § 11 (rozszerzony zakres ubezpieczenia), którym objęte są świadczenia określone w § 10 i § 12.
- Rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej dotyczy wyłącznie umowy ubezpieczenia zawieranej według wariantu I.

§ 9

Rodzaj i wysokość przysługujących ubezpieczonemu świadczeń określone są w umowie ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE

§ 10

- W przypadku podstawowego ubezpieczenia – do wyboru jest jeden z wariantów ubezpieczenia określonych w Tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Poz.	Wariant	Zakres świadczeń podstawowych
1	Wariant I	<ol style="list-style-type: none">świadczenie z tytułu śmierciświadczenie z tytułu śmierci w następstwie choroby tropikalnejświadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiuświadczenie z tytułu wystąpienia choroby tropikalnejzwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczychzwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RPświadczenie za leczenie uciążliweusługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP – zakres podstawowyzwrot kosztów leczeniaświadczenie z tytułu oparzenia lub odmrożenia
2	Wariant II	<ol style="list-style-type: none">świadczenie z tytułu śmierciświadczenie z tytułu trwałego (stałego) uszczerbku na zdrowiuświadczenie z tytułu długotrwałego uszczerbku na zdrowiu

- Ubezpieczający może wybrać równocześnie oba warianty wymienione w Tabeli nr 1.

ROZSZERZONY ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 11

- Zakres ubezpieczenia umowy zawartej według wariantu I może być rozszerzony o:

- następstwa wypadków ubezpieczeniowych:
 - sepsy,
 - ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny,
 - nowotworu złośliwego,
 - powstałych wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym;
- sam fakt wystąpienia wypadków ubezpieczeniowych:
 - sepsy,
 - zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny,
 - poważnego zachorowania.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

§ 12

- Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o następujące świadczenia dodatkowe:
 - świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa;
 - zwrot kosztów leczenia;
 - zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
 - zasilek dzienny;
 - dieta szpitalna;
 - świadczenie w związku z rekonwalescencją ubezpieczonego po jego hospitalizacji;
 - świadczenie pomocy finansowej;
 - świadczenie ryczałtowe za operację;
 - świadczenie ryczałtowe za operację plastyczną;
 - świadczenie ryczałtowe w związku z pobytem na OIOM/OIT;
 - świadczenie z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego;
 - świadczenie z tytułu śmierci w następstwie wypadku przy pracy;
 - świadczenie ryczałtowe z tytułu niemożności wykorzystania wykupionego wyjazdu na zorganizowany wycieczki albo udział w imprezie sportowej;
 - świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy;
 - świadczenie z tytułu śmierci w następstwie sepsy;
 - zwrot kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny;
 - świadczenie z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny;
 - świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania;
 - świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nowotworu złośliwego.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI

§ 13

- Jeżeli w następstwie:
 - nieszczęśliwego wypadku;
 - obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
 - zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. W przypadku umowy zawieranej w wariantie I – wysokość świadczenia wynosi 100% sumy ubezpieczenia ustalonej dla trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w wariantie II – wysokość świadczenia z tytułu śmierci ustala się zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t. Dz.U. z 2009 r., nr 167, poz. 1322 z późn. zm.), dotyczącymi wypłaty jednorazowego odszkodowania z tytułu śmierci.
4. Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie:
 - 1) 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego – w przypadku umowy zawartej w wariantie I;
 - 2) 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego – w przypadku umowy zawartej w wariantie II.

- b) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła,
- c) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczony uległ oparzeniu drugiego lub trzeciego stopnia albo odmrozeniu co najmniej drugiego stopnia, PZU SA wypłaca świadczenie w kwocie stanowiącej iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonej w umowie ubezpieczenia oraz wskaźnika procentowego uzależnionego od rozległości i stopnia oparzenia lub odmrożenia podanego w Tabeli nr 2:

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

§ 14

1. Jeżeli w następstwie:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
 - 3) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczony dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU SA – z zastrzeżeniem § 61 – wypłaca świadczenie w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DŁUGOTRWALEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

§ 15

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w wariantie II, jeżeli w następstwie:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,
 - b) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła,
 - c) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczony dozna długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU SA wypłaca świadczenie w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli długotrwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU OPARZENIA LUB ODMROŻENIA

§ 16

1. Jeżeli w następstwie:
 - a) nieszczęśliwego wypadku,

Tabela nr 2

Poz.	Rodzaj i rozległość oparzenia/odmrożenia	Wskaźnik procentowy
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%

2. Świadczenie z tytułu oparzeń i odmrożeń wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

§ 17

1. Zakres świadczeń podstawowych w wariantie I obejmuje zwrot kosztów leczenia do wysokości 10% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Do ustalenia wysokości i zasadności świadczenia stosuje się zapisy § 24.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA CHOROBY TROPICALNEJ ORAZ ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE CHOROBY TROPICALNEJ

§ 18

1. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia choroby tropikalnej wynosi 5% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci w następstwie choroby tropikalnej wynosi 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia dla świadczenia z tytułu śmierci.
3. Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zdiagnozowania przez lekarza choroby tropikalnej.

ZWROT KOSZTÓW NABYCIA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

§ 19

1. Jeżeli w następstwie:



- 1) nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
 - 3) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi akcjami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,
- ubezpieczony poniesi koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, PZU SA zwraca te koszty do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż do wysokości 10 000 zł i pod warunkiem, że konieczność nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego na te koszty.
 3. Zwrot kosztów poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

ZWROT KOSZTÓW PRZESZKOLENIA ZAWODOWEGO OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA TERYTORIUM RP

§ 20

1. Jeżeli w następstwie:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
 - 3) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi akcjami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,
 ubezpieczony poniesi koszty przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP, PZU SA zwraca te koszty do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonej w umowie ubezpieczenia, ale nie więcej niż do wysokości 10 000 zł i pod warunkiem, że konieczność przeszkolenia zawodowego ubezpieczonego powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. wypadku ubezpieczeniowego.
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego na te koszty.

ŚWIADCZENIE ZA LECZENIE UCIAŻLIWE

§ 21

1. Jeżeli w następstwie:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
 - 3) zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi akcjami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,
 ubezpieczony był leczony i leczenie to było leczeniem uciążliwym, a nie stwierdzono trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZU SA wypłaca świadczenie w wysokości 5% ustalonej

w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie za leczenie uciążliwe z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego.

USŁUGI POWYPADKOWE TYPU ASSISTANCE NA TERYTORIUM RP

§ 22

1. Usługi assistance, o których mowa w pkt 1–8, są świadczone przez Centrum Pomocy na terytorium RP w związku zaistnieniem: nieszczęśliwego wypadku, obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła, zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi akcjami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego.
2. 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 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 honorarium tego lekarza, przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty; na wniosek ubezpieczonego PZU SA organizuje transport ubezpieczonego do placówki medycznej i pokrywa koszty tego transportu,
 - 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** – PZU SA zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - jednego transportu ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku do odpowiedniej placówki medycznej z miejsca pobytu ubezpieczonego lub z miejsca wypadku ubezpieczeniowego,
 - transportu między placówkami medycznymi, gdzie udzielano kolejnej pomocy medycznej lub gdy ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej,
 - transportu 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;

Skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a albo lit. 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 albo lit. b, decyduje ubezpieczony.

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 terytorium 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 wszystkich leków pokrywa ubezpieczony,
- d) **domową opiekę pielęgniarzką po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony 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 pielęgniarzkiej decyduje lekarz leczący ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 1 000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;

3) Pomoc psychologa

Jeżeli wskutek zajścia nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony dozna ciężkich obrażeń ciała i 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 zajścia nieszczęśliwego wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, pomoc psychologa, o której mowa wyżej, przysługując współmałżonkowi, dzieciom i rodzicom ubezpieczonego. PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt takiej osoby u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej tak zorganizowanej wizyty, maksymalnie do kwoty 1 500 zł na każdą osobę;

4) Pomoc domowa

Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni i jednocześnie z uwagi na stan jego zdrowia wynikający z ww. wypadku ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu

i honorarium) maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. Usługa obejmuje pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzeniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udestępnionych przez ubezpieczonego. Koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;

5) Opieka nad dziećmi ubezpieczonego, 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 Pomocy z lekarzem leczącym ubezpieczonego przewidywanego czasu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, PZU SA organizuje:

- a) **transport dzieci lub osób niesamodzielnymi** 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 ich 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 udało się skontaktować z osobą wyznaczoną w ciągu 24 godzin od momentu wiadomości Centrum Pomocy 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 na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na:

- c) **zorganizowaniu opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego** na terytorium RP przez okres nie dłuższy niż 3 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, PZU SA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- 6) **Opieka nad psami i kotami**
Jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje przewóz psów lub kotów ubezpieczonego do osoby wyznaczonej lub do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu. Usługa jest realizowana maksymalnie do wysokości 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;

7) Zastępstwo w podróży służbowej

Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony nie może dalej wykonywać obowiązków wynikających z czynnej służby pożarniczej, w czasie podróży służbowej na terytorium RP, PZU SA organizuje i pokrywa koszty transportu ww. ubezpieczonego do domu, o ile pierwotnie przewidziany środek transportu nie może być wykorzystany, oraz koszty transportu strażaka oddelegowanego do zastąpienia ww. ubezpieczonego. Przez koszty transportu należy rozumieć koszty biletu kolejowego, autobusowego albo,

jeżeli podróż koleją lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin, koszty biletu lotniczego klasy ekonomicznej;

- 8) **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.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO TRWAŁEGO INWALIDZTWA

§ 23

W przypadku wystąpienia całkowitego trwałego inwalidztwa w następnym:

- 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 wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,

PZU SA wypłaca świadczenie w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

§ 24

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 uprapiwania sportów wysokiego ryzyka, nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi 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 powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, 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 ta placówka rehabilitacyjna zlokalizowana 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.

4. Zwrot kosztów leczenia poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

ZWROT KOSZTÓW NAPRAWY USZKODZONYCH LUB ZAKUPU ZNISZCZONYCH PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

§ 25

1. Jeżeli w związku z wystąpieniem:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego, uszkodzeniu lub zniszczeniu ulegną używane przez ubezpieczonego przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, PZU SA pokrywa koszty naprawy albo zakupu tych przedmiotów lub środków, pod warunkiem że konieczność naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia ww. zdarzeń.
2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia na jeden wypadek ubezpieczeniowy.
3. Zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych polskich według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

ZASIŁEK DZIENNY

§ 26

1. Zasiłek dzienny przysługuje z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki powstałej w następstwie:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,jeżeli w wyniku ww. wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony był hospitalizowany przez co najmniej 7 dni, a w przypadku braku hospitalizacji, jeżeli trwały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku zajścia ww. zdarzenia wyniósł co najmniej 15%.
2. Zasiłek dzienny przysługuje za okres czasowej niezdolności do pracy lub nauki, z zastrzeżeniem że wypłacany jest maksymalnie przez okres 90 dni. W przypadku zajścia w okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku ubezpieczeniowego, wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 90 dni.
3. Wysokość zasiłku dziennego ustalona jest w umowie ubezpieczenia za każdy 1 dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki.
4. Zasiłek dzienny wypłacany jest od 1 dnia po dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
5. Zasiłek dzienny wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy lub nauki wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W przypadku, kiedy poszkodowany zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie może otrzymać zaświadczenia, o którym mowa w zdaniu pierwszym – zasiłek dzienny wypłacany jest na podstawie zaświadczenia od lekarza prowadzącego oraz dokumentacji medycznej.

6. Jeżeli na powstałą czasową niezdolność do pracy lub nauki ma również wpływ istniejący przed wypadkiem ubezpieczeniowym stan chorobowy lub niepełnosprawność, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do pracy lub nauki, jaki mógłby być wyłącznie następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku dziennego gdy w okresie, za który przysługiwał mu zasiłek, wykonywał pracę lub uczęszczał na zajęcia szkolne.
8. Świadczenie przysługuje, jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub nauki powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

DIETA SZPITALNA

§ 27

1. Dieta szpitalna wypłacana jest za każdy dzień hospitalizacji w następnym:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,przy czym przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu każdego ww. zdarzenia.
2. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1 dnia hospitalizacji ubezpieczonego.
3. Dieta szpitalna wypłacana jest w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
4. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.
5. Dieta szpitalna przysługuje, jeżeli konieczność hospitalizacji powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ŚWIADCZENIE W ZWIĄZKU Z REKONWALESCENCJĄ UBEZPIECZONEGO PO JEGO HOSPITALIZACJI

§ 28

1. Jeżeli w następnym:
 - 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 uprawiania sportów wysokiego ryzyka, nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,ubezpieczony był hospitalizowany, wówczas PZU SA wypłaca świadczenie za okres równy połowie liczby dni każdej hospitalizacji ubezpieczonego związanej z ww. zdarzenia. Jeżeli liczbą dni hospitalizacji była nieparzysta, dla ustalenia wysokości tego świadczenia przyjmuje się tę liczbę powiększoną o jeden dzień.
2. Świadczenie za 1 dzień wypłacane jest w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

3. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.
4. Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność hospitalizacji powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ŚWIADCZENIE POMOCY FINANSOWEJ

§ 29

1. Świadczenie wypłacane jest, jeżeli powstały w następnym:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego, trwały uszczerbek na zdrowiu przekroczył 30%.
2. Świadczenie wypłacane jest w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE ZA OPERACJĘ

§ 30

1. Jeżeli w następnym:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,konieczne było przeprowadzenie operacji innej niż operacja plastyczna, ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji, o której mowa w ust. 1, powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego, bez względu na to ile operacji zostało przeprowadzonych.

ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE ZA OPERACJĘ PLASTYCZNĄ

§ 31

1. Jeżeli w następnym:
 - 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,konieczne było przeprowadzenie operacji plastycznej ubezpieczonemu przysługuje jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność przeprowadzenia operacji plastycznej, o której mowa w ust. 1, powstała nie póź-

niej niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

3. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego, bez względu na to ile operacji plastycznych zostało przeprowadzonych.

ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE W ZWIĄZKU Z POBYTEM NA OIOM/OIT

§ 32

1. Jeżeli w następstwie:

- 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,

ubezpieczony przebywał w czasie hospitalizacji na OIOM/OIT nieprzerwanie przez co najmniej 48 godzin, przysługuje mu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego, bez względu na to ile razy ubezpieczony przebywał w czasie swojej hospitalizacji na OIOM/OIT.
3. Świadczenie przysługuje, jeżeli konieczność hospitalizacji powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 33

1. Jeżeli w następstwie wypadku komunikacyjnego nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego.
3. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w § 13.
4. Świadczenie to wypłacane jest wyłącznie za zdarzenia nie związane z uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych i lotniczych.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY

§ 34

1. Jeżeli w następstwie wypadku przy pracy nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku przy pracy.
3. Świadczenie to wypłacane jest niezależnie od świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w § 13.

ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE Z TYTUŁU NIEMOŻNOŚCI WYKORZYSTANIA WYKUPIONEGO WYJAZDU NA ZORGANIZOWANY WYPOCZYNEK ALBO UDZIAŁU W IMPREZIE SPORTOWEJ

§ 35

1. Jeżeli w następstwie:

- 2) nieszczęśliwego wypadku, obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła;

- 3) 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 zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego,

ubezpieczony nie mógł wykorzystać wykupionego przed datą wypadku wyjazdu na zorganizowany wypoczynek albo udziału w imprezie sportowej, przysługuje mu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z tytułu zajścia jednego wypadku ubezpieczeniowego, bez względu na to z ilu wyjazdów na zorganizowany wypoczynek ubezpieczony zrezygnował z powodu tego wypadku ubezpieczeniowego albo z udziału w ilu imprezach sportowych.
3. Świadczenie przysługuje, jeżeli niemożność wykorzystania wykupionego wyjazdu powstała nie później niż w okresie 12 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego i spowodowana jest wyłącznie zaistniałym wypadkiem ubezpieczeniowym objętym ochroną ubezpieczeniową.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA SEPSY ORAZ ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE SEPSY

§ 36

1. W przypadku wystąpienia sepsy u ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli w następstwie sepsy nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zdiagnozowania przez lekarza sepsy.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA POWSTAŁYCH WSKUTEK EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŹNY ORAZ ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA WIRUSOWEGO PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŹNY

§ 37

1. W przypadku ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, PZU SA zwraca poniesione koszty leczenia powstałe na skutek tej ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, pod warunkiem, że konieczność poniesienia tych kosztów powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ekspozycji zawodowej.
2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że zakażenie nastąpiło nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ekspozycji zawodowej.
4. Świadczenie wypłaca się jeżeli, pomimo przejścia kuracji antyretrowirusowej, doszło do zakażenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 38

W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.



ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

§ 39

Jeżeli w następstwie nowotworu złośliwego nastąpi śmierć ubezpieczonego, PZU SA wypłaca świadczenie z tego tytułu w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie przysługujące, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zdiagnozowania przez lekarza nowotworu złośliwego.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 40

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity dla świadczeń podstawowych oraz włączonych do umowy ubezpieczenia świadczeń dodatkowych, ustalone są w umowie ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Sumy ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1, 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 zmiennej sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody odpowiednio na zmianę sumy ubezpieczenia lub zmianę zakresu ubezpieczenia.
6. W przypadku umowy ubezpieczenia PZU OSP zawieranej w wariantcie II:
 - 1) Sumę ubezpieczenia dla każdej ubezpieczonej osoby stanowi przeciętne wynagrodzenie;
 - 2) Suma ubezpieczenia ulega zmianie w trakcie trwania umowy w przypadku zmiany wysokości przeciętnego wynagrodzenia;
 - 3) Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 nie powoduje konieczności opłaty dodatkowej składki.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 41

1. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w wariantcie I – odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona w zakresie wypadków ubezpieczeniowych, które zaszyły:
 - 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 zatrudnienia spowodowanego spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego albo umowa zawierana jest na rachunek kandydatów na kierowców odbywających kursy nauki jazdy i wypadek ubezpieczeniowy zaszedł wyłącznie w trakcie zorganizowanego kursu nauki jazdy lub egzaminu na prawo jazdy;
 - 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 albo umowa zawierana jest na rachunek kandydatów na kierowców odbywających kursy nauki jazdy i wypadek ubezpieczeniowy zaszedł wyłącznie w trakcie zorganizowanego kursu nauki jazdy lub egzaminu na prawo jazdy;
2. W wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
3. W związku z umyślnym popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
4. W związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
5. Wskutek utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową, z zastrzeżeniem że wyłączenie to nie dotyczy utraty przytomności spowodowanej atakiem epilepsji albo omdleniem z przyczyny innej niż choroba przewlekła;
6. W wyniku wykonywania procedur medycznych, których zastosowanie ma wpływ na organizm ludzki, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
7. 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;
8. W wyniku skażenia jądrowego, chemicznego lub napromieniowania;
9. Na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym, chyba że odpowiedzialność PZU SA została rozszerzona w tym zakresie za zapłatą dodatkowej składki;
10. Na skutek wyczynowego uprawiania sportu;
11. Na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka.
12. 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, choroby tropikalnej, sepsy, ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny lub nowotworu złośliwego, 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 choroby tropikalnej, 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.
13. 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 przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 12, 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

wyłaczenie to dotyczy obrażeń ciała powstałych wskutek ataku epilepsji albo omdlenia z przyczyny innej niż choroba przewlekła, zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego.

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 § 56 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, z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia może być rozszerzony, za zapłatą dodatkowej składki, o zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.
6. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
7. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w wariancie II – z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są:
 - 1) wypadki, których wyłączną przyczyną było udowodnione naruszenie przez ubezpieczonego przepisów dotyczących ochrony życia i zdrowia, spowodowane przez niego umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa, chyba że w razie rażącego niedbalstwa zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 2) wypadki spowodowane przez ubezpieczonego będącego w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ III

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

§ 42

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. Wniosek o ubezpieczenie, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, o których mowa w § 10, powinien zawierać m.in. wykaz jednostek (wariant I) lub imienny wykaz członków ochotniczych straży pożarnych (wariant II) zgłoszonych do ubezpieczenia.
4. 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.

5. 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.
6. 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 niestotne.

7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 4. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU SA niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązków określone w ust. 4 i 5 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
9. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 6–8 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 6–8 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.

§ 43

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 44

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.

§ 45

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się z imiennym wskazaniem ubezpieczonych (wariant II) lub bez imiennego ich wskazania (wariant I).
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 razie zawierania tych umów przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość wykaz, o którym mowa powyżej, ubezpieczający jest zobowiązany przedstawić PZU SA w uzgodniony przez strony sposób.
4. W umowie ubezpieczenia bez imiennego wskazania ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest podać liczbę ubezpieczonych. W tym przypadku ubezpieczający zobowiązany jest prowadzić imienną ewidencję ubezpieczonych oraz udostępniać ją do wglądu na każde żądanie PZU SA.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU SA imię, nazwisko i numer telefonu osoby prowadzącej wykaz, o którym mowa w ust. 3.
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).

§ 46

1. Z zastrzeżeniem ust. 2–5, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po zapłacie-

niu 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, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
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, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. W umowie ubezpieczenia PZU OSP zawartej w wariantcie II, o którym mowa w § 10 – nowi członkowie ochotniczych straży pożarnych mogą być objęci ochroną ubezpieczeniową z dniem otrzymania przydziału do jednostki ochotniczej straży pożarnej, pod warunkiem zgłoszenia ich w przekazanym do PZU SA wykazie imiennym, w terminie 7 dni od dnia otrzymania przydziału.
5. W razie niedotrzymania terminu, o którym mowa w ust. 4 nowi członkowie ochotniczej straży pożarnej mogą być objęci ochroną ubezpieczeniową od dnia następnego po dniu otrzymania przez PZU SA wykazu imiennego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 47

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustala się w zależności od:
 - 1) sumy ubezpieczenia;
 - 2) okresu ubezpieczenia;
 - 3) wariantu ubezpieczenia;
 - 4) zakresu ubezpieczenia;
 - 5) liczby ubezpieczonych lub liczby jednostek OSP/MDP;
 - 6) zniżki składki, o której mowa w ust. 3.
3. W umowach ubezpieczenia PZU OSP stosuje się zniżkę składki z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia.

§ 48

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza wystawieniem dokumentu 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. 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.

§ 49

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.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PZU SA ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 50

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumentacji ubezpieczenia;
 - 2) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 51;
 - 3) z dniem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 49;
 - 4) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem 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:
 - a) z dniem utraty przez ubezpieczonego statusu członka grupy wskazanej w umowie ubezpieczenia,
 - b) z chwilą jego śmierci,
 - c) od następnego miesiąca po miesiącu, w którym ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
3. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym.
4. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej.

§ 51

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 zaplacenienia 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.

§ 52

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 53

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 występującego o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 63 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.

§ 54

Podstawę do stwierdzenia, czy poszkodowany objęty jest ubezpieczeniem, stanowiąc będzie:

- 1) w umowie zawieranej w wariantcie I – protokół dochodzenia przeciwpożarowego lub wyciąg z książki pracy oraz oświadczenie kierującego działaniami ratowniczymi albo prowadzącego ćwiczenia pożarnicze, że poszkodowany uległ wypadkowi podczas działań ratowniczych lub ćwiczeń;
- 2) w umowie zawieranej w wariantcie II – decyzja, o której mowa w § 61 o przyznaniu lub odmowie przyznania jednorazowego odszkodowania podjęta przez podmiot ponoszący koszty funkcjonowania jednostki ochotniczej straży pożarnej.

§ 55

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

§ 56

1. W celu skorzystania z usług assistance, o których mowa w § 22, 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 § 33, 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, otrzyma wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 57

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 § 53 ust. 1 i § 54 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 przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w ust. 3.

§ 58

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, z zastrzeżeniem § 61.

§ 59

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnie-

niem 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 wyniku wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała, na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.

§ 60

1. W związku z § 57 ust. 1 – w przypadku przyczynienia się do wypadku ubezpieczeniowego istniejącej choroby lub stanu chorobowego lub skutków wcześniejszego wypadku nie objętego umową ubezpieczenia – przysługujące z umowy świadczenia bilansowane są o wpływ następstw tego wypadku, choroby lub stanu chorobowego na rozmiar ustalanych następstw zgłoszonego wypadku ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia.
2. W razie urazu lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem ubezpieczeniowym były już upośledzone wskutek choroby lub wypadku, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku ubezpieczeniowym a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.

§ 61

W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w wariancie II:

- 1) do ustalenia wysokości świadczeń przyjmuje się przeciętne wynagrodzenie obowiązujące w dniu wydania decyzji o przyznaniu odszkodowania przez wydającego w trybie § 13 ust. 1 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 24 grudnia 2003 r. w sprawie przyznawania świadczeń odszkodowawczych strażakom jednostek ochrony przeciwpożarowej i członkom ochotniczej straży pożarnej z tytułu uszczerbku na zdrowiu albo szkody w mieniu, a w przypadku ich śmierci przyznawania odszkodowań członkom ich rodzin (Dz.U. z 2004 r., nr 1, poz. 6);
- 2) wysokość świadczenia z tytułu stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, z zachowaniem postanowień podanych w §§ 14 i 15 – ustala się zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (j.t. Dz.U. z 2009 r., nr 167, poz. 1322 z późn. zm.), dotyczącymi wypłaty jednorazowego odszkodowania w razie doznania stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) świadczenie przysługuje za każdy procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej dla umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1;
- 4) wysokość uszczerbku na zdrowiu określa lekarz orzecznik właściwej Komisji Lekarskiej podległej Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 5) kwoty jednorazowych odszkodowań zaokrąglą się do pełnych złotych.

§ 62

Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych z PZU SA, świadczenia przysługują z każdej umowy, jednak zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP, zwrot kosztów leczenia, zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych i zwrot kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny następuje do wysokości rzeczywistych udowodnionych

kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z zawartych umów ubezpieczenia.

§ 63

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 – świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w przypadku gdy ubezpieczony jest małoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu. Świadczenia wypłacane są wyłącznie w złotych polskich.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w wariancie II – świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w razie jego śmierci osobom uprawnionym do świadczenia, którymi są:
 - 1) małżonek ubezpieczonego, pod warunkiem, że w dniu śmierci ubezpieczonego nie pozostawał z nim w orzeczonej separacji;
 - 2) dzieci własne, dzieci małżonka ubezpieczonego, dzieci przysposobione, wnuki, rodzeństwo i inne dzieci, w tym również w ramach rodziny zastępczej oraz rodzice ubezpieczonego, osoby przysposabiające, macocha oraz ojczym ubezpieczonego – spełniające w dniu śmierci ubezpieczonego warunki wymagane do uzyskania renty rodzinnej.
3. W przypadku umowy zawieranej w wariancie I – świadczenie z tytułu śmierci, o którym mowa w § 13 ust. 2, § 18, § 33, § 34, § 36, § 39 – wypłaca się uposażonemu, a w razie braku wskazania uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom w częściach równych, w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – udział jaki by przypadł temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
 - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznanymi, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców;
 - 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadających im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.Wpłata świadczenia osobie lub osobom należącym do wyższej kategorii wyklucza wypłatę świadczenia osobie lub osobom należącym do niższej kategorii (kategorię najwyższą stanowi pkt 1).
4. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej w wariancie II – świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest według następujących zasad:
 - 1) Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest tylko jeden członek rodziny zmarłego ubezpieczonego odszkodowanie przysługuje w wysokości:
 - a) 18-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawnionymi są małżonek lub dziecko,
 - b) 9-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, gdy uprawniony jest inny członek rodziny;
 - 2) Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie:
 - a) małżonek i jedno lub więcej dzieci – odszkodowanie przysługuje w wysokości 18-krotnego przeciętnego wynagrodzenia zwiększonego o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie na każde dziecko,
 - b) dwoje lub więcej dzieci – odszkodowanie przysługuje w wysokości 18-krotnego przeciętnego wynagrodzenia zwiększonego o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie, na drugie i każde następne dziecko;
 - 3) Jeżeli obok małżonka lub dzieci do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są równocześnie inni członkowie rodziny, każdemu z nich odszkodowanie przysługuje w wysokości 3,5-krotnego przeciętnego wynagrodzenia, niezależnie od odszkodowania przysługującego małżonkowi lub dzieciom;
 - 4) Jeżeli do jednorazowego odszkodowania uprawnieni są tylko członkowie rodziny inni niż małżonek lub dzieci – odszkodowanie przysługuje w wysokości 9-krotnego przeciętnego wynagrodzenia zwiększonego o 3,5-krotne przeciętne wynagrodzenie, na drugiego i każdego następnego uprawnionego;

- 5) Kwotę jednorazowego odszkodowania ustaloną zgodnie z pkt 2 lub 4 dzieli się w równych częściach między uprawnień.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego.
6. W razie braku uposażonego, za 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.

§ 64

Jeżeli PZU SA wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie w okresie 24 miesięcy albo 6 miesięcy (umowa ubezpieczenia zawarta w wariancie II) 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.

§ 65

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 § 14 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.

§ 66

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 podstawie prawną uzasadniającą 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

§ 67

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU SA.
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
3. Reklamacja może być złożona w formie:
- 1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w ust. 1, w jednostce, o której mowa w ust. 2;
 - 3) elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na www.pzu.pl.
4. PZU SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W szczególności skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

6. Odpowiedź PZU SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej PZU SA.
9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną określoną w przepisach wewnętrznych PZU SA obowiązujących na dzień składania skargi lub zażalenia. Informacja w tym zakresie jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU SA.
10. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 67

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.

