

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NNW ORAZ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA KLIENTÓW BIZNESOWYCH ALIOR BANKU SA



ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna nr UZ/351/2021 z dnia 21 grudnia 2021 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/153/2024 z dnia 4 czerwca 2024 r.

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 5, § 3, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12 ust. 1–15, § 14 ust. 2–4, § 15 ust. 1–2, ust. 5–8, § 16 ust. 3–11, § 19, § 20, § 21, § 23
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 5, § 3, § 4 ust. 2–5, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12 ust. 1–2 i ust. 15, § 13, § 14, § 15 ust. 9, § 16 ust. 3–11, § 19, § 20, § 21, § 23

## ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

- Ogólne warunki ubezpieczenia NNW oraz opieki zdrowotnej dla klientów biznesowych Alior Banku SA, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną, zwaną dalej „PZU SA”, z klientami biznesowymi Alior Banku SA.
- OWU mają zastosowanie również do umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.
- W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odbiegające od ustalonych w OWU. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odbiegających, OWU mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.
- Językiem stosowanym przy wzajemnych relacjach pomiędzy konsumentem a PZU SA jest język polski.
- W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

### § 2

- Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego).
- W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, PZU SA może podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.
- 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

### § 3

W rozumieniu OWU użyte poniżej określenia oznaczają:

- 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;

- bank** – Alior Bank SA, Agent PZU SA;
- bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy;
- dokument ubezpieczenia** – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- dokumentacja medyczna** – dokumentacja opisująca stan zdrowia ubezpieczonego lub udzielone mu świadczenia zdrowotne, sporządzona przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- działania wojenne** – działania sił zbrojnych w czasie wojny mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
- dziecko** – własne lub przysposobione dziecko ubezpieczonego lub partnera życiowego, które do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia nie ukończyło 18 roku życia;
- dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- infolinia PZU** – całodobowa infolinia służąca ubezpieczonym w szczególności do umawiania świadczeń zdrowotnych;
- klient biznesowy** – przedsiębiorca w rozumieniu Ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, tj. osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą, w tym również wspólnicy spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej oraz podmioty nieprowadzące działalności gospodarczej, np. zrzeszenia, stowarzyszenia; który podpisał z bankiem Umowę ramową o świadczenie usług bankowych oraz o prowadzenie rachunków i lokat dla przedsiębiorców i innych podmiotów;
- konsultacja lekarska** – świadczenie zdrowotne realizowane przez lekarza lub dietetyka wskazanych przez świadczeniodawcę;

- a) **konsultacja ambulatoryjna** – odbywa się w placówce medycznej w godzinach pracy placówki medycznej oraz zgodnie z harmonogramem pracy tej placówki i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności medycznej badanie przedmiotowe czyli fizykalne badanie pacjenta, badanie podmiotowe czyli zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym;
- b) **konsultacja telemedyczna** – odbywa się telefonicznie, przez czat lub video czat bez bezpośredniego badania przedmiotowego i obejmuje zgodnie z profilem danej specjalności medycznej badanie podmiotowe czyli zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie e-recept, e-ZLA i skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym;
- 13) **konsument** – osoba fizyczna dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
- 14) **kraj stałego zamieszkania** – kraj, w którym osoba będąca jego obywatelem ma miejsce stałego zamieszkania (dom) lub kraj, w którym osoba niebędąca jego obywatelem przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 15) **następstwa nieszczęśliwego wypadku:**
  - a) w przypadku ubezpieczenia podstawowego – trwała całkowita niezdolność do pracy lub trwałe uszkodzenie ciała, o których mowa w § 6,
  - b) w przypadku ubezpieczenia dodatkowego – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
- 16) **nieszczęśliwy wypadek:**
  - a) **w ubezpieczeniu podstawowym** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego uszkodzenia ciała, o których mowa w § 6,
  - b) **w ubezpieczeniu dodatkowym** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, lub które spowodowało zagrożenie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego wymagające udzielenia pomocy medycznej;
- 17) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
- 18) **oparzenie** – uszkodzenie skóry oraz tkanek pod nią leżących, na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego; PZU SA odpowiada wyłącznie za oparzenie II lub III stopnia, które obejmuje powyżej 10% powierzchni ciała;
- 19) **osoba bliska** – partner życiowy, dziecko;
- 20) **partner życiowy** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim zawartym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, która do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 roku życia;  
w rozumieniu OWU za partnera życiowego uważa się również osobę niebędącą 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, która do pierwszego dnia okresu ubezpieczenia nie ukończyła 65 roku życia;
- 21) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej; jednostka realizująca świadczenia opieki zdrowotnej, należąca do świadczeniodawcy lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą, współpracującego ze świadczeniodawcą, w której ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia opieki zdrowotnej;
- 22) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – takie postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy,

fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe, służące ustaleniu rozpoznania lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie;

- 23) **praca fizyczna** – wykonywanie przez ubezpieczonego następujących czynności:
  - a) prace budowlane, remontowo-budowlane, stolarskie, w transporcie (w tym kierowcy), w górnictwie, hutnictwie, w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia, w przemyśle naftowym, w ochronie mienia, przy materiałach wybuchowych, w górskich służbach ratowniczych, w rolnictwie, w gastronomii,
  - b) praktyki zawodowe w warsztacie, fabryce, gastronomii, na budowach,
  - c) prace pielęgniarские i pielęgnacyjne,
  - d) prace na wysokościach,
  - e) prace z użyciem następujących niebezpiecznych narzędzi: pił mechanicznych, młotów pneumatycznych, pilarek i szlifierek mechanicznych, obrabiarek, heblarek, siekier, kilofów, pił łańcuchowych, wiertarek udarowych, dźwigów lub maszyn roboczych, maszyn drogowych,
  - f) prace z użyciem farb, lakierów, paliw płynnych lub rozpuszczalników, gazów technicznych lub spalinowych, gorących olejów technicznych lub płynów technicznych,
  - g) prace na jednostkach pływających lub latających, w tym również w czasie szkoleń zawodowych lub praktyk,
  - h) kaskadera, akrobaty;  
nie uważa się za pracę fizyczną wyżej wymienionych prac wykonywanych przez ubezpieczonego na własną rzecz;
- 24) **PZU Zdrowie** – podmiot, z którym PZU SA ma zawartą umowę, na podstawie której realizowane są świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych w ramach umów ubezpieczenia zawartych z PZU SA;
- 25) **rehabilitacja ambulatoryjna** – zabiegi kinezyterapii i fizyoterapii, świadczone w trybie ambulatoryjnym w placówkach medycznych, wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii PZU;
- 26) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
- 27) **sporty wysokiego ryzyka** – następujące dyscypliny sportu:
  - a) sporty motorowe, jazda na quadach,
  - b) sporty motorowodne, w tym narciarstwo wodne,
  - c) szybownictwo, baloniarstwo, skoki ze spadochronem, BASE jumping, lotniarstwo, parolotniarstwo, motolotniarstwo, pilotowanie samolotów silnikowych,
  - d) wspinaczka wysokogórska, skalna i skałkowa, speleologia przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagająca użycia takiego sprzętu,
  - e) rafting (spływ rzeczny) i wszystkie jego odmiany,
  - f) canyoning (pokonywanie koryta rzeki przy wykorzystaniu następujących technik: wspinaczki, pływania, nurkowania),
  - g) nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu (scuba diving), nurkowanie na zatrzymanym oddechu (free diving), nurkowanie wrakowe i jaskiniowe,
  - h) żeglarstwo morskie, wędkarstwo morskie,
  - i) surfing, windsurfing, kitesurfing (odmiana surfing), wakeboarding,
  - j) jazdę na nartach zjazdowych lub snowboardzie poza oznakowanymi trasami zjazdowymi, narciarstwo ekstremalne: skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle,
  - k) jazda na skuterach śnieżnych i innych pojazdach czy urządzeniach (airboarding-zjazd na śnieżnej poduszce powietrznej, snake gliss – zjazd na sankach gąsienicowych, snowtrikke – zjazd na śnieżnej hulajnodze),
  - l) icesurfing (żeglarstwo lodowe),
  - m) snowboarding ekstremalny: freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe, snowkite (deska lub narty i żagiel), snowcross, boardercross (zjazd na torze z przeszkodami), snowscoting (zjeżdżanie na maszynie będącej połączeniem snowboardu, BMX-a i skutera),
  - n) skoki na gumowej linie (bungee jumping),
  - o) sztuki walki i sporty obronne,

- p) jeździectwo,
  - q) maratony,
  - r) kolarstwo górskie, downhill (jazda rowerem na czas po stromych, naturalnych stokach),
  - s) parkour – pokonywanie przeszkód stojących na drodze w jak najprostszy i najszybszy sposób,
  - t) udział w polowaniach na zwierzęta z użyciem broni palnej lub pneumatycznej,
  - u) uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m. (w tym wyprawy trekkingowe), busz, bieguny i strefy podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub śnieżne, przy czym w przypadku wypraw na tereny lodowcowe lub śnieżne, jeśli wyprawy te wymagają użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
- 28) **trwała całkowita niezdolność do pracy** – niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, która ma charakter trwały, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań na jej odzyskanie. Odpowiedzialność PZU SA obejmuje tylko taką trwałą całkowitą niezdolność do pracy, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 29) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowita utrata fizyczna narządu lub organu lub całkowita utrata i funkcji narządu lub organu. Odpowiedzialność PZU SA obejmuje tylko takie trwałe uszkodzenia ciała, które są wymienione w Tabeli i które są następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- 30) **świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne wymienione w Tabelach nr 1–4 konieczne w związku z: leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, leczeniem choroby, usunięciem zagrożenia uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia wymagającego udzielenia pomocy medycznej, realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii PZU;
- 31) **świadczeniodawca** – podmiot działający na zlecenie PZU SA, który realizuje świadczenia zdrowotne;
- 32) **ubezpieczający** – klient biznesowy, który zawarł umowę ubezpieczenia;
- 33) **ubezpieczony** – osoba fizyczna imiennie wskazana w dokumencie ubezpieczenia, będąca pracownikiem ubezpieczającego oraz jego osobami bliskimi, na rachunek której zawarta została umowa ubezpieczenia; ubezpieczonym może być osoba fizyczna, której miejscem stałego zamieszkania jest RP i która w roku kalendarzowym pierwszego dnia okresu ubezpieczenia nie ukończy 65 roku życia;
- 34) **uczęszczanie do szkoły** – kształcenie się w publicznej lub niepublicznej szkole lub uczelni, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym, z wyłączeniem wszelkich kursów, szkoleń oraz kształcenia korespondencyjnego;
- 35) **umowa direct** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość drogą elektroniczną, niebędąca umową przez infolinię;
- 36) **umowa przez infolinię** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość za pośrednictwem infolinii, niebędąca umową direct;
- 37) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają OWU, zawarta na rachunek jednej lub większej liczby osób, wskazanych w dokumencie ubezpieczenia;
- 38) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
- 39) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku lub stowarzyszenia sportowego, a także udział w współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym) lub udział w sportowych obozach kondycyjnych lub szkoleniowych – w celu nauki i doskonalenia umiejętności w danej dyscyplinie sportowej i osiągnięcia w niej coraz lepszych wyników sportowych; obejmuje amatorskie i zawodowe uprawianie sportu;
- 40) **wypadek ubezpieczeniowy:**
- a) w ubezpieczeniu podstawowym – nieszczęśliwy wypadek,

- b) w ubezpieczeniu dodatkowym – nieszczęśliwy wypadek, choroba, powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia pomocy medycznej;

- 41) **zabiegi ambulatoryjne** – zabiegi wykonywane przez lekarza w ramach konsultacji lekarskiej lub przez pielęgniarkę, z zastrzeżeniem że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce medycznej bez szkody dla ubezpieczonego, i które są realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii PZU.

## ROZDZIAŁ II CZAS OCHRONY, PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie ubezpieczenia podstawowego, o którym mowa w § 5 i § 6, oraz w zakresie ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 7 i § 8, w ramach jednego z wybranych przez ubezpieczającego Wariantów.
2. W trakcie trwania okresu ubezpieczenia umowa ubezpieczenia nie może być zmieniona (zmiana Wariantów) w odniesieniu do ubezpieczenia dodatkowego. Zmiana Wariantu ubezpieczenia będzie możliwa poprzez wypowiedzenie umowy ubezpieczenia oraz zawarcie nowej umowy ubezpieczenia na nowym Wariantcie.
3. Wszyscy ubezpieczeni w ramach jednej umowy ubezpieczenia objęci są taką samą ochroną ubezpieczeniową (ten sam Wariant ubezpieczenia), za wyjątkiem dzieci, które obejmowane są ochroną w Wariantcie nr 4.
4. W związku z postanowieniami ust. 3 ubezpieczający może zawrzeć wiele umów ubezpieczenia, w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową ubezpieczonych w ramach różnych Wariantów ubezpieczenia.
5. Świadczenia zdrowotne realizowane są wyłącznie na terytorium RP.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA PODSTAWOWEGO

### § 5

Przedmiotem ubezpieczenia podstawowego są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub trwałym uszkodzeniu ciała.

### § 6

1. Świadczenie z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy, w każdym z Wariantów, wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała, w każdym z Wariantów ubezpieczenia wybranego przez ubezpieczającego, stanowi procent sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą rodzajów trwałego uszkodzeń ciała.

Tabela rodzajów trwałego uszkodzenia ciała Ubezpieczenie podstawowe

Poz.	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia
1.	Utrata kończyny górnej w stawie ramiennie-łopatkowym lub na poziomie pomiędzy barkiem a łokciem	80
2.	Utrata kończyny górnej w stawie łokciowym lub na poziomie pomiędzy łokciem a nadgarstkiem	60
3.	Utrata kończyny górnej w nadgarstku lub na poziomie śródreżca ze wszystkimi palcami	60
4.	Utrata palca II, III, IV lub V ręki (całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego)	8 - za każdy palec
5.	Utrata palca I ręki tzw. kciuka (całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego)	22

Poz.	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia
6.	Utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym lub na poziomie pomiędzy biodrem a kolanem	75
7.	Utrata kończyny dolnej w stawie kolanowym lub na poziomie pomiędzy kolanem a stopą	60
8.	Utrata stopy ze wszystkimi palcami	50
9.	Utrata palca II, III, IV lub V stopy (całych trzech paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego)	3 – za każdy palec
10.	Utrata palca I stopy tzw. palucha (całych dwóch paliczków lub na poziomie paliczka podstawnego)	15
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	60
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	Całkowita utrata nosa	20
17.	Całkowita utrata zęba stałego	2 za każdy utracony ząb stały – w przypadku utraty do 9 zębów stałych; maksymalnie 20 za wszystkie utracone zęby stałe – w przypadku utraty powyżej 9 zębów stałych
18.	Całkowita utrata śledziony	20
19.	Całkowita utrata jednej nerki	35
20.	Całkowita utrata obu nerek	75
21.	Całkowita utrata macicy	40
22.	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
23.	Całkowita utrata mowy	100
24.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovetta	100
25.	Śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

3. Świadczenia wymienione w ust. 1 i ust. 2 przysługują, tylko wtedy gdy nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie ochrony ubezpieczeniowej, a jego następstwa w postaci trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego uszkodzenia ciała, wystąpiły nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

#### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

##### § 7

- Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego jest organizacja oraz pokrycie przez PZU SA kosztów świadczeń zdrowotnych wymienionych w § 8 ust. 1 w Tabelach nr 1–4 przysługujących w zależności od wybranego przez ubezpieczającego Wariantu, o którym mowa w ust. 3, realizowanych w odniesieniu do ubezpieczonego. Świadczenia zdrowotne muszą pozostawać w związku z wypadkiem ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem ust. 2, § 8, § 13.
- Świadczenia zdrowotne wymienione w § 8 ust. 1 w Tabelach nr 1–4 przysługują ubezpieczonemu, gdy wypadek ubezpieczeniowy zaszedł w okresie ubezpieczenia. W przypadku, gdy PZU SA pokrywa koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 8 ust. 1 Tabele

nr 1–4 w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, świadczenia zdrowotne przysługują, gdy wypadek ubezpieczeniowy oraz jego następstwa w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia zaszyły w okresie ubezpieczenia.

3. Ubezpieczenie dodatkowe może być zawarte w następujących Wariantach:

- 1) Wariant nr 1 – Podstawowy – Tabela nr 1;
- 2) Wariant nr 2 – Standardowy – Tabela nr 2;
- 3) Wariant nr 3 – Premium – Tabela nr 3;
- 4) Wariant nr 4 – Dziecko – Tabela nr 4.

##### § 8

1. Z zastrzeżeniem ust. 2–4, § 7 oraz § 13, w ubezpieczeniu dodatkowym w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w zależności od wybranego przez ubezpieczającego Wariantu, o którym mowa w § 7 ust. 3, ubezpieczonemu przysługują świadczenia zdrowotne wymienione w Tabelach nr 1–4.

Tabela nr 1 – Wariant 1 (Podstawowy)

Świadczenia opieki zdrowotnej	Limit świadczeń w okresie odpowiedzialności
-------------------------------	---

#### Infolinia medyczna:

dostępna 24h/7 dni w tygodniu, której konsultanci: 1) dokonują weryfikacji zgłoszonej przez ubezpieczonego usługi medycznej z przysługującym mu zakresem; 2) rezerwują i odwołują usługi medyczne w placówkach medycznych; 3) przekazują informację o miejscu i terminie umówionej wizyty w ramach świadczenia opieki medycznej.	bez limitu
---	------------

#### Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:

chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej.	5 konsultacji
alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii, otolaryngologii.	10 konsultacji

#### Konsultacje telemedyczne z zakresu:

alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, chorób wewnętrznych (interny), kardiologii, ortopedii i traumatologii, chorób płuc (pulmonologii), dietyki.	bez limitu
---	------------

#### Badania i zabiegi ambulatoryjne

<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Badania okulistyczne:</b> badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, dobór szkielek korekcyjnych.</li> <li><b>2. Zabiegi ortopedyczne:</b> opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania).</li> <li><b>3. Zabiegi laryngologiczne:</b> płukanie ucha, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, opatrunek uszny z lekiem.</li> <li><b>4. Badania diagnostyczne:</b> Morfologia + płytki z rozmazem automatycznym, glukoza na czczo, lipidogram.</li> </ol>	bez limitu
---	------------

Tabela nr 2 – Wariant 2 (Standardowy)

Świadczenia opieki zdrowotnej	Limit świadczeń w okresie odpowiedzialności
<b>Infolinia medyczna:</b>	
dostępna 24h/7 dni w tygodniu, której konsultanci: 1) dokonują weryfikacji zgłoszonej przez ubezpieczonego usługi medycznej z przysługującym mu zakresem; 2) rezerwują i odwołują usługi medyczne w placówkach medycznych; 3) przekazują informację o miejscu i terminie umówionej wizyty w ramach świadczenia opieki medycznej.	bez limitu
<b>Konsultacje ambulatoryjne w zakresie:</b>	
chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej.	bez limitu
alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, kardiologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii, otolaryngologii.	bez limitu
<b>Konsultacje telemedyczne z zakresu:</b>	
alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, chorób wewnętrznych (interny), kardiologii, ortopedii i traumatologii, chorób płuc (pulmonologii), dietetyki.	bez limitu
<b>Badania i zabiegi ambulatoryjne</b>	
<b>1. Badania okulistyczne:</b> badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, dobór szkielek korekcyjnych. <b>2. Zabiegi ortopedyczne:</b> opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania). <b>3. Zabiegi laryngologiczne:</b> płukanie ucha, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, opatrunek uszny z lekiem. <b>4. Badania diagnostyczne:</b> Morfologia + płytki z rozmazem automatycznym, glukoza na czczo, lipidogram.	bez limitu

Tabela nr 3 – Wariant 3 (Premium)

Świadczenia opieki zdrowotnej	Limit świadczeń w okresie odpowiedzialności
<b>Infolinia medyczna:</b>	
dostępna 24h/7 dni w tygodniu, której konsultanci: 1) dokonują weryfikacji zgłoszonej przez ubezpieczonego usługi medycznej z przysługującym mu zakresem; 2) rezerwują i odwołują usługi medyczne w placówkach medycznych; 3) przekazują informację o miejscu i terminie umówionej wizyty w ramach świadczenia opieki medycznej.	bez limitu
<b>Konsultacje ambulatoryjne w zakresie:</b>	
chorób wewnętrznych (interny), medycyny rodzinnej.	bez limitu
alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, kardiologii, neurologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii, otolaryngologii, urologii.	bez limitu
<b>Konsultacje telemedyczne w zakresie:</b>	
alergologii, dermatologii i wenerologii, endokrynologii, ginekologii i położnictwa, chorób wewnętrznych (interny), kardiologii, ortopedii i traumatologii, chorób płuc (pulmonologii), dietetyki.	bez limitu
<b>Badania i zabiegi ambulatoryjne</b>	
<b>1. Badania okulistyczne:</b> badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, dobór szkielek korekcyjnych. <b>2. Zabiegi ortopedyczne:</b> opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania). <b>3. Zabiegi laryngologiczne:</b> płukanie ucha, przedmuchiwanie trąbki słuchowej, opatrunek uszny z lekiem. <b>4. Badania diagnostyczne:</b> Morfologia + płytki z rozmazem automatycznym, glukoza na czczo, płytki krwi, cholesterol całkowity, cholesterol HDL i LDL, lipidogram, trójglicerydy, kwas moczowy, kreatynina, sód, potas, hormon tyreotropowy (TSH), czas protrombinowy (PT/INR), APTT – czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy, transaminaza GPT / ALT / ALAT, transaminaza GOT / AST / ASPAT, żelazo / Fe, mocznik / azot mocznikowy / BUN – krew, fibrynogen, mocznik – badanie ogólne.	bez limitu

Świadczenia opieki zdrowotnej	Limit świadczeń w okresie odpowiedzialności
<b>Diagnostyka ultrasonograficzna – USG:</b>	
Realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii PZU.	
USG piersi, USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne, USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne), USG jamy brzusznej, USG jąder.	2 badania
<b>Diagnostyka radiologiczna – RTG:</b>	
Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy we wskazanych przez świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii PZU.	
RTG barku/ramienia, RTG łokcia/przedramienia, RTG nadgarstka/dłoni/palca, RTG kończyny górnej, RTG kończyny dolnej, RTG uda/kolana/podudzia, RTG kostki/stopy/palca, kręgosłupa całego AP i bok, RTG kręgosłupa szyjnego AP i bok, RTG kręgosłupa piersiowego AP i bok, RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP i bok, RTG czynnościowe kręgosłupa całego, RTG obojczyka prawego, RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – zdjęcia skośne, RTG nadgarstka/dłoni AP + bok/skos lewego, RTG nadgarstka/dłoni AP + bok/skos prawego, RTG stopy AP + bok/skos obu, stopy AP + bok/skos prawej, RTG żeber jedna strona w dwóch skosach, RTG kręgosłupa szyjnego – skosy, RTG kręgosłupa szyjnego – bok + skosy (3 projekcje), RTG stawów krzyżowo biodrowych – skosy, RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok +skos, kości krzyżowej i guzicznej, RTG osiowe rzepki, RTG łopatki, RTG mostka, RTG żeber, RTG stawów, RTG klatki piersiowej AP, RTG klatki piersiowej AP i bok, RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w projekcji AP, RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego w projekcji bocznej, RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego, RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.	2 badania
<b>Badania EKG:</b>	
Realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii PZU.	
EKG spoczynkowe (z opisem).	bez limitu
<b>Rehabilitacja ambulatoryjna:</b>	
<b>1. Zabiegi kinezyterapii:</b> ćwiczenia bierne, ćwiczenia instruktażowe, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, wyciągi. <b>2. Zabiegi fizykoterapii:</b> fonoforeza, galwanizacja, jonoforeza, laseroterapia punktowa, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Traberta, Terapuls, ultradźwięki miejscowe.	15 zabiegów

Tabela nr 4 – Wariant 4 (Dziecko)

Świadczenie zdrowotne	Limit świadczeń w okresie odpowiedzialności
<b>Infolinia medyczna:</b>	
dostępna 24h/7 dni w tygodniu, której konsultanci: 1) dokonują weryfikacji zgłoszonej przez ubezpieczonego usługi medycznej z przystępującym mu zakresem; 2) rezerwują i odwołują usługi medyczne w placówkach medycznych; 3) przekazują informację o miejscu i terminie umówionej wizyty w ramach świadczenia opieki medycznej.	bez limitu
<b>Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:</b>	
medycyny rodzinnej, pediatrii.	bez limitu
alergologii, alergologii dziecięcej, chirurgii, chirurgii dziecięcej, dermatologii i wenerologii, dermatologii dziecięcej, okulistyki, okulistyki dziecięcej, otolaryngologii, otolaryngologii dziecięcej.	bez limitu
<b>Konsultacje telemedyczne</b>	
alergologii, medycyny rodzinnej, pediatrii.	bez limitu
<b>Badania i zabiegi ambulatoryjne</b>	
realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od lekarza świadczeniodawcy w placówkach medycznych wskazanych przez świadczeniodawcę za pośrednictwem Infolinii PZU.	
<b>1. Badania okulistyczne:</b> badanie dna oka, badanie ostrości widzenia, badanie pola widzenia, pomiar ciśnienia śródgałkowego, dobór szkieł korekcyjnych. <b>2. Zabiegi chirurgiczne:</b> opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania), nacięcie ropnia, leczenie wrośniętego paznokcia, szycie rany. <b>3. Zabiegi laryngologiczne:</b> opatrzenie uszny z lekiem, płukanie ucha. <b>4. Badania i zabiegi pielęgniarstwa:</b> pomiar wzrostu i wagi ciała, iniekcje: domięśniowe, dożylnie, podskórne (bez produktu leczniczego), podłączenie wlewu kroplowego (bez produktu leczniczego), pobranie krwi, oznaczenie ciśnienia tętniczego.	bez limitu

2. Konsultacje ambulatoryjne, badania i zabiegi ambulatoryjne, wymienione w ust. 1 w Tabelach nr 1–4, realizowane są bez skierowania. PZU SA nie organizuje i nie pokrywa kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego i tytułem naukowym profesora.
  3. Badania diagnostyczne, badania EKG oraz badania z zakresu diagnostyki radiologicznej i ultrasonograficznej, wymienione w ust. 1 w Tabelach nr 1–4, realizowane są na podstawie skierowania od lekarza wskazanego przez świadczeniodawcę. PZU SA nie organizuje i nie pokrywa kosztów:
    - a) badań USG ciąży,
    - b) badań USG 3-D, 4-D.
  4. Zabiegi rehabilitacji ambulatoryjnej, wymienione w ust. 1 w Tabelach nr 1–4, realizowane są na podstawie skierowania od lekarza wskazanego przez świadczeniodawcę.
  5. Wyniki badań diagnostycznych są wydawane ubezpieczonemu lub osobie posiadającej odpowiednie upoważnienie do ich odbioru.
  6. PZU Zdrowie umożliwia ubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przypisanym zakresem oraz we wskazanej przez PZU Zdrowie placówce medycznej.
  7. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie w placówkach należących do sieci PZU Zdrowie lub podmiotów współpracujących.
  8. Warunkiem udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ubezpieczenia jest uprzednie uzgodnienie terminu za pośrednictwem całodobowej infolinii PZU (Zleceniobiorcy).
  9. PZU Zdrowie umożliwia ubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przypisanym zakresem oraz we wskazanej przez PZU Zdrowie placówce medycznej z zastrzeżeniem § 12 ust. 14.
  10. PZU Zdrowie lub podmiot współpracujący ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli ubezpieczony, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania żądanego świadczenia zdrowotnego lub jego wykonanie mogłoby spowodować zagrożenie dla zdrowia lub życia ubezpieczonego.
  11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych nie obejmuje kosztów zakupu przez PZU Zdrowie lub podmioty współpracujące produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w tym w szczególności: protez, implantów, soczewek, okularów, szkieł kontaktowych, urządzeń korygujących, rozruszników lub stymulatorów.
  12. Ubezpieczony jest zobowiązany odwołać lub zmienić termin realizacji świadczenia zdrowotnego, na który dokonał rezerwacji, najpóźniej 24 godziny przed terminem jej realizacji. W przypadku braku odwołania lub zmiany – nieobecność ubezpieczonego podczas uzgodnionego terminu realizacji świadczenia zdrowotnego może skutkować obniżeniem przysługującego ubezpieczonemu limitu świadczeń zdrowotnych o liczbę umówionych a niezrealizowanych świadczeń zdrowotnych, o ile zgodnie z danym zakresem są one limitowane.
  13. W przypadku wystąpienia siły wyższej nie obowiązują terminy realizacji usług określonych w § 12 ust. 12.
  14. Jako siłę wyższą należy rozumieć zdarzenia nagłe, zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, niezależne od Stron, któremu nie można zapobiec ani przeciwdziałać przy zachowaniu najwyższej zawodowej staranności, w szczególności ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego, epidemii, pandemii, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej.
- a) opis przyczyn i przebiegu nieszczęśliwego wypadku,
  - b) dokumentację medyczną, czyli dokumentację, która zawiera opis stanu zdrowia ubezpieczonego lub informacje o zrealizowanym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym, sporządzoną przez podmioty udzielające pomocy medycznej, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzieleniu tej pomocy; dokumentacja medyczna musi potwierdzać, że ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia,
  - c) dokument, który uprawnia do kierowania pojazdem, jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas nieszczęśliwego wypadku,
  - d) inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, rodzaju i wysokości świadczenia;
- 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji o okolicznościach określonych w dokumentach wymienionych w pkt 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali opiekę nad ubezpieczonym zarówno przed, jak i po nieszczęśliwym wypadku.
2. PZU SA zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

#### § 10

1. Poza obowiązkami wynikającymi z § 9, ubezpieczony zobowiązany jest poddać się, na zlecenie oraz na koszt PZU SA, dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy, niezbędnym do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy lub trwałego uszkodzenia ciała, PZU SA zwraca ubezpieczonemu niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w celu wykonania badań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, przy czym koszty przejazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu przez PZU SA zasadności wyboru środka transportu.
2. PZU SA zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonych dokumentów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.

#### SUMA UBEZPIECZENIA W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM

##### § 11

1. Suma ubezpieczenia w przypadku trwałej całkowitej niezdolności do pracy oraz trwałego uszkodzenia ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku wynosi 10 000 zł i stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU SA. Ustalona jest łącznie na wszystkie wypadki ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia.
2. Każdorazowa wypłata świadczenia powoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia o wypłaconą kwotę.
3. Suma ubezpieczenia ustalona jest na każdego ubezpieczonego.

#### USTALENIE PRAWA DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W UBEZPIECZENIU DODATKOWYM

##### § 12

1. W celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego w ramach ubezpieczenia dodatkowego, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien w okresie ubezpieczenia niezwłocznie zawiadomić świadczeniodawcę o wypadku ubezpieczeniowym oraz przekazać informacje niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, dzwoniąc pod numer infolinii PZU wskazany w umowie ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) nie zawiadomił o wypadku ubezpieczeniowym w terminie i w sposób określony w zdaniu poprzedzającym, wówczas w celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego, zawiadamia PZU SA o wypadku ubezpieczeniowym na zasadach określonych w ust. 2.
2. W celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu dodatkowym, w sytuacji o której mowa w ust. 1 zdanie drugie, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien zawiadomić PZU SA o wypadku ubezpieczeniowym oraz:

#### POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO W UBEZPIECZENIU PODSTAWOWYM

##### § 9

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w ubezpieczeniu podstawowym ubezpieczony ma obowiązek:
  - 1) starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne podanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
  - 2) zawiadomić o nim PZU SA i dostarczyć:

- 1) dostarczyć do PZU SA dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego;
- 2) dostarczyć do PZU SA dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia;
- 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji odnoszących się do określonych dokumentów wymienionych w pkt 1 i 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po wypadku ubezpieczeniowym.
3. PZU SA zastrzega sobie prawo do weryfikacji dostarczonych dowodów oraz zasięgnięcia opinii lekarzy specjalistów.
4. PZU SA po zgłoszeniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w sposób określony w ust. 1 zdanie drugie, wydaje decyzję dotyczącą możliwości skorzystania przez ubezpieczonego ze świadczenia zdrowotnego oraz przekazuje ją ubezpieczonemu.
5. PZU SA po zgłoszeniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w sposób określony w ust. 2 i ust. 1 zdanie drugie, wydaje decyzję dotyczącą możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego oraz przekazuje ją ubezpieczonemu.
6. Po otrzymaniu decyzji, o której mowa w ust. 5, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) w celu skorzystania ze świadczenia zdrowotnego powinien skontaktować się z infolinią PZU, dzwoniąc pod numer telefonu wskazany w ww. decyzji, w celu umówienia terminu realizacji świadczeń zdrowotnych.
7. Świadczeniodawca, po zgłoszeniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego w sposób określony w ust. 1 zdanie pierwsze, informuje ubezpieczonego (lub osobę działającą w jego imieniu) o możliwości skorzystania ze wskazanego przez ubezpieczonego świadczenia zdrowotnego.
8. Decyzję o tym, czy ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych, o której mowa w ust. 2, oraz ust. 1 zdanie drugie, PZU SA przekazuje najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym. Ubezpieczony może korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu dodatkowym:
  - a) w okresie ubezpieczenia – w sytuacji, o której mowa w ust. 1 zdanie pierwsze albo
  - b) w okresie 30 dni od dnia wydania decyzji, o której mowa w ust. 4 – w sytuacji, o której mowa w ust. 1 zdanie drugie.
9. W przypadku, gdy wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 8 okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczeń zdrowotnych okazało się niemożliwe, PZU SA wydaje decyzję w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
10. PZU SA umożliwia ubezpieczonemu dostęp do świadczeń zdrowotnych po uprzednim umówieniu za pośrednictwem infolinii PZU, we wskazanej przez świadczeniodawcę placówce medycznej, z zastrzeżeniem ust. 12.
11. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących lokalizacji placówki medycznej, terminu konsultacji lekarskiej, wskazania lekarza świadczeniodawcy.
12. W przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych czas oczekiwania na konsultację lekarską liczony od momentu zgłoszenia Klienta wynosi maksymalnie:
  - a) Konsultacja ambulatoryjna:
    - 1) 2 dni robocze – w przypadku konsultacji z zakresu chorób wewnętrznych (interna), medycyny rodzinnej, pediatrii;
    - 2) 5 dni roboczych – w przypadku konsultacji z zakresu pozostałych specjalizacji;
  - b) Konsultacja telemedyczna:
    - 1) 24 godzin – w przypadku konsultacji z zakresu chorób wewnętrznych (interna), medycyny rodzinnej, pediatrii;
    - 2) 3 dni robocze – w przypadku konsultacji z zakresu pozostałych specjalizacji.
13. W przypadku realizacji preferencji ubezpieczonego, o których mowa w ust. 11, nie obowiązują terminy określone w ust. 12.
14. W przypadku gdy ubezpieczonym jest dziecko do 15. roku życia, możliwość skorzystania z konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.
15. Jeżeli ubezpieczony z przyczyn leżących wyłącznie po stronie PZU SA nie powiadomił PZU SA lub nie skontaktował się z infolinią PZU i we własnym zakresie zorganizował oraz pokrył

koszt świadczenia zdrowotnego, PZU SA zobowiązany jest do zwrotu maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu świadczenia zdrowotnego na terenie miejscowości, w której świadczenie zdrowotne zostało wykonane. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.

16. Koszty, o których mowa w ust. 15, podlegają zwrotowi osobie, które je poniosła.
17. Ubezpieczony może korzystać z infolinii PZU w zakresie:
  - a) weryfikacji zgłoszonej przez ubezpieczonego usługi medycznej z przysługującym mu zakresem;
  - b) rezerwacji i odwołania usługi medycznej w placówkach medycznych i u świadczeniodawców;
  - c) uzyskania informacji o miejscu i terminie umówionej wizyty w ramach świadczenia opieki medycznej.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 13

1. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych w ubezpieczeniu dodatkowym powstałym w następnym:
  - 1) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu, lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych przez ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 2) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 3) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w wyniku użycia przez ubezpieczonego produktów leczniczych lub środków, których zastosowanie uznawane jest za doping, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 4) nieszczęśliwych wypadków zaistniałych podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania nim, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 5) nieszczęśliwych wypadków zaistniałych podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania nim, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 6) wypadków ubezpieczeniowych wynikających z brania udziału ubezpieczonego w bójkach, za wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
  - 7) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych podczas umyślnego popełnienia albo usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
  - 8) popełnienia albo usiłowania dokonania samookaleczenia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
  - 9) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w wyniku wykonywania procedur medycznych bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
  - 10) 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;
  - 11) skażenia jądrowego, chemicznego lub napromieniowania;
  - 12) 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;



- 13) wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w wyniku wyczynowego uprawiania sportu oraz na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych koniecznych w związku:
  - 1) z leczeniem chorób, na które ubezpieczony chorował w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i posiadał o tym wiedzę, lub
  - 2) z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia i na dzień jej zawarcia ubezpieczony posiadał o tym wiedzę;
  - 3) z diagnostyką lub leczeniem niepłodności – zgodnie z rozpoznaniem w dokumentacji medycznej.
3. Ust. 2 pkt 2 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawieranych z PZU SA na kolejny okres ubezpieczenia, gdy umowy te zawierane były na okresy ubezpieczenia bezpośrednio następujące po sobie (ciągłość ochrony ubezpieczeniowej).

#### § 14

1. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa nieszczęśliwego wypadku powstałe:
  - 1) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym:
    - a) jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego,
    - b) w stanie nietrzeźwości albo po użyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 2) 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;
  - 3) po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływ na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
  - 4) w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu lub używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
  - 5) w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach z wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
  - 6) w związku z umyślnym popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia;
  - 7) w związku z usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
  - 8) w wyniku wykonywania procedur medycznych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
  - 9) w wyniku padaczki (epilepsji);
  - 10) na skutek wyczynowego uprawiania sportu;
  - 11) na skutek uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
  - 12) podczas wykonywania pracy fizycznej;
  - 13) 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;
  - 14) w wyniku skażenia jądrowego, chemicznego lub napromieniowania;
  - 15) 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.

2. Odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku, tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU SA obejmuje trwałe uszkodzenie ciała, trwałą całkowitą niezdolność do pracy, które są następstwem przyczyny zewnętrznej. Jeśli nie można ustalić czy trwałe uszkodzenie ciała, trwałą całkowitą niezdolność do pracy są wyłącznie następstwem działania przyczyny zewnętrznej, to przyjmuje się, że są one następstwem przyczyny zewnętrznej.
3. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.
4. Fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

### ROZDZIAŁ III

#### ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

#### § 15

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy albo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowa direct, umowa przez infolinię).
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego. Umowę direct i umowę przez infolinię zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość.
3. Bank doręcza ubezpieczającemu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek:
  - 1) Bank doręcza ubezpieczającemu dodatkowo OWU w takiej liczbie egzemplarzy jaka odpowiada liczbie ubezpieczonych w tej umowie ubezpieczenia;
  - 2) ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć ubezpieczonemu OWU na piśmie lub za zgodą ubezpieczonego na innym trwałym nośniku; w przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową; przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego; na żądanie PZU SA ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.
5. Zawarcie umowy direct lub umowy przez infolinię następuje po uprzednim:
  - 1) zapoznaniu się z właściwymi Regulaminami świadczenia usług drogą elektroniczną oraz ich zaakceptowaniu przez ubezpieczającego;
  - 2) zapoznaniu się przez ubezpieczającego z OWU oraz dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym;
  - 3) złożeniu wniosku.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zawiadomić PZU SA o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 6, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 6 i 7 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia 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 i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

#### § 16

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza się dokumentem ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność PZU SA w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się :
  - 1) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia do 25 dnia poprzedniego miesiąca kalendarzowego;
  - 2) trzeciego dnia miesiąca kalendarzowego, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia od 26 dnia poprzedniego miesiąca kalendarzowego;
 nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej raty składki.
4. Umowa ubezpieczenia zawiera się, tj. bez składania odrębnych oświadczeń woli, na kolejne okresy ubezpieczenia wynoszące 12 miesięcy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
5. Umowa ubezpieczenia zawiera się, tj. bez składania odrębnych oświadczeń woli, na kolejny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli:
  - 1) ubezpieczający nie złoży najpóźniej przed upływem okresu ubezpieczenia dotychczasowej umowy ubezpieczenia oświadczenia o niezawieraniu kolejnej umowy ubezpieczenia oraz
  - 2) PZU SA nie złoży najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia dotychczasowej umowy ubezpieczenia oświadczenia o niezawieraniu kolejnej umowy ubezpieczenia oraz
  - 3) została zapłacona składka ubezpieczeniowa z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz
  - 4) została zapłacona składka ubezpieczeniowa na kolejny okres ubezpieczenia w terminie wskazanym w umowie ubezpieczenia.
6. Zawarcie się, tj. bez składania odrębnych oświadczeń woli, umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na warunkach obowiązujących dla dotychczasowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7.
7. W przypadku pierwotnej umowy ubezpieczenia rozpoczynającej się trzeciego dnia miesiąca kalendarzowego, kolejne okresy ubezpieczenia zaczynają się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego.
8. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na ubezpieczającym.
9. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA, PZU SA może podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.
10. 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.
11. Ubezpieczający po wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, może zawrzeć kolejną umowę ubezpieczenia dla ubezpieczonego, którego dotyczyło wypowiedzenie nie wcześniej niż po upływie sześciu miesięcy od dnia zakończenia okresu wypowiedzenia.

## SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 17

1. Składka ubezpieczeniowa za roczne okresy ubezpieczenia opłacana jest w dwunastu miesięcznych ratach, w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od:
  - 1) liczby osób ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia;
  - 2) wariantu ubezpieczenia.

### § 18

1. W przypadku umowy zawieranej przy wykorzystaniu środków porozumienia się na odległość (umowa direct, umowa przez infolinię) zapłata składki ubezpieczeniowej następuje w formie bezgotówkowej.
2. Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się dzień uznania rachunku bankowego PZU SA pełną, wymagalną kwotą określoną w umowie ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.
4. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w którym PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

### § 19

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku ubezpieczeniowego, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

## ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA I USTANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 20

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
  - 1) z upływem rocznego okresu ubezpieczenia, chyba że umowa zawiera się, tj. bez składania odrębnych oświadczeń woli na kolejny roczny okres ubezpieczenia;
  - 2) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 21;
  - 3) z dniem doręczenia drugiej stronie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 19;
  - 4) z upływem 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego 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 otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności, z tym że nie wcześniej niż z końcem okresu, za który opłacono składkę, w przypadku nieopłacenia kolejnej składki;
  - 5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 19;
  - 6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ubezpieczony ukończył 65 rok życia, w przypadku ubezpieczonego będącego dzieckiem z ukończeniem 18 roku życia;
  - 7) w odniesieniu do danego ubezpieczonego – w dniu śmierci tego ubezpieczonego.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

## § 21

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni kalendarzowych, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU SA nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowa direct, umowa przez infolinię), w której ubezpieczający jest konsumentem termin, w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni kalendarzowych 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.

## § 22

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

## SPŁENIENIE ŚWIADCZENIA I OBOWIĄZKI INFORMACYJNE PZU SA

### § 23

1. PZU SA wypłaca świadczenie, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2 oraz dokonuje zwrotu kosztów, o których mowa w § 12 ust. 15 w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2, lub kosztów, o których mowa w § 12 ust. 15, okazało się niemożliwe, świadczenie lub zwrot kosztów wypłaca się w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia lub kosztów PZU SA wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. 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, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2, lub wysokości kosztów podlegających zwrotowi, o których mowa w § 12 ust. 15, 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, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2, lub wysokości kosztów podlegających zwrotowi, o których mowa w § 12 ust. 15, 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. 1 i 2 nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2, lub nie dokona zwrotu kosztów, o których mowa w § 12 ust. 15, lub nie zorganizuje lub nie

pokryje kosztów świadczenia zdrowotnego, 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 lub bezspornej części kosztów;
- 3) jeżeli świadczenie, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2, lub zwrot kosztów, o którym mowa w § 12 ust. 15, nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu lub nie przysługuje organizacja i pokrycie kosztów świadczenia zdrowotnego, do poinformowania o tym pisemnie:
    - a) osoby występującej z roszczeniem oraz
    - b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia lub zwrotu kosztów lub odmowę organizacji lub pokrycia kosztów świadczenia zdrowotnego 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, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2 lub wysokości kosztów podlegających zwrotowi, o których mowa w § 12 ust. 15; 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 którym 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, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2 lub wysokości kosztów podlegających zwrotowi, o których mowa w § 12 ust. 15;
  - 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.

## ROZDZIAŁ IV REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I POZASĄDOWE ROZSTRZYGANIE SPORÓW

### § 24

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
  - 1) na piśmie – osobiście albo wysłane 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) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, poczynawszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
  - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801-102-102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
  - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl).

3. PZU SA rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
  - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
  - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
  - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU SA na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
  - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
  - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
  - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
  - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU SA, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU SA przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: [www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl).
11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowej systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty elektronicznej do kontaktu z PZU SA jest następujący: [reklamacje@pzu.pl](mailto:reklamacje@pzu.pl).
13. Językiem stosowanym przez PZU SA w relacjach z konsumentem jest język polski.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 25

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.
3. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.