



Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej „PZU Sport”

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/409/2007 z dnia 26 lipca 2007 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/14/2011 z dnia 13 stycznia 2011 r.

Postanowienia ogólne

§ 1.

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (PZU SA) udziela ochrony ubezpieczeniowej zawodnikom i innym osobom uczestniczącym w kulturze fizycznej, zwanym dalej „ubezpieczonymi”, w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 2.

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

§ 3.

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia.
2. PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU SA nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
3. W razie wprowadzenia do umów ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych, ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.

Definicje

§ 4.

Przez użyte w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia rozumie się:

ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia;

ubezpieczony – osoba fizyczna, która zawarła umowę ubezpieczenia albo osoba fizyczna na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;

uposażony – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;

ubezpieczenie jednostkowe – umowa ubezpieczenia obejmująca jedną osobę wskazaną w umowie ubezpieczenia;

ubezpieczenie zbiorowe – umowa ubezpieczenia obejmująca co najmniej 5 osób należących do określonej w umowie ubezpieczenia zbiorowości;

pełny czas ochrony ubezpieczeniowej – czas obejmujący odpowiedzialność za wypadki jakie mogą wydarzyć się podczas uprawiania dyscypliny sportu określonej w umowie ubezpieczenia lub podczas wykonywania czynności związanych z uczestnictwem w kulturze fizycznej w czasie od chwili opuszczenia miejsca zamieszkania w celu uprawiania dyscypliny sportu lub uczestnictwa w kulturze fizycznej do czasu powrotu po zakończeniu w/w zajęć, oraz w życiu prywatnym;

ograniczony czas ochrony ubezpieczeniowej – odpowiedzialność za wypadki jakie mogą wydarzyć się ubezpieczonemu:

- 1) podczas uprawiania dyscypliny sportu określonej w umowie ubezpieczenia lub podczas wykonywania czynności związanych z uczestnictwem w kulturze fizycznej w czasie od chwili opuszczenia miejsca zamieszkania w celu uprawiania dyscypliny sportu lub uczestnictwa w kulturze fizycznej do czasu powrotu po zakończeniu w/w zajęć, albo
- 2) podczas uprawiania dyscypliny sportu określonej w umowie ubezpieczenia lub podczas wykonywania czynności związanych z uczestnictwem w kulturze fizycznej;

miejsce zamieszkania – także miejsce pobytu związanego z uprawianiem dyscypliny sportu lub wykonywaniem czynności związanych z uczestnictwem w kulturze fizycznej;

uprawianie dyscypliny sportu – forma aktywności fizycznej związana z uczestnictwem w treningach, zawodach, zgrupowaniach, obozach szkoleniowych i przygotowawczych;

zawodnik – osoba uprawiająca określoną dyscyplinę sportu;

osoby zawodowo związane z kulturą fizyczną

- kadra kultury fizycznej tj. trenerzy, nauczyciele wychowania fizycznego, instruktorzy, sędziowie i inne osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia zorganizowanych zajęć w zakresie wychowania fizycznego, sportu i rekreacji ruchowej,
- lekarze sportowi oraz pracownicy zespołów odnowy biologicznej,
- organizatorzy i osoby obsługujące imprezy sportowe,
- pracownicy biurowo-administracyjni klubów, związków i organizacji sportowych,
- nie będący zawodnikami zarejestrowani członkowie klubów, związków i innych organizacji sportowych;

rekreacja ruchowa – forma aktywności fizycznej podejmowana dla wypoczynku i odnowy sił psychofizycznych;

nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo zmarł.

Podmiot ubezpieczenia

§ 5.

Ubezpieczeniem mogą być objęci:

- 1) zawodnicy zrzeszeni w klubach sportowych,
- 2) osoby biorące czynny udział w imprezach sportowych takich jak np.: masowe biegi i inne,
- 3) osoby uprawiające rekreację ruchową,
- 4) osoby zawodowo związane z kulturą fizyczną.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres ochrony ubezpieczeniowej

§ 6.

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.
2. Przedmiot ubezpieczenia może być rozszerzony o ryzyka dodatkowe określone w § 17 ust. 1 pkt 1–3.
3. Ponadto do umowy ubezpieczenia mogą być włączo-

ne świadczenia dodatkowe określone w § 17 ust. 1 pkt 4–8.

§ 7.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków i zdarzeń, o których mowa w § 6, zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) i poza jej granicami w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8.

Świadczenia wypłacane są w złotych.

§ 9.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta z pełnym lub ograniczonym czasem ochrony ubezpieczeniowej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 10.

- Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa wypadków powstałych:
 - podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania nim, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia,
 - w wyniku udziału ubezpieczonego w zakładach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,
 - w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat,
 - w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź leków i środków uznanych za doping, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia,
 - w wyniku zatrucia spowodowanego zażyciem leków, spożyciem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw wypadku,
 - wskutek zaburzeń psychicznych ubezpieczonego,
 - na skutek działań wojennych, rozruchów, zamieszek, aktów terroryzmu,
 - na skutek katastrof w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie.
- Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są również choroby zawodowe, tropikalne oraz wszelkie choroby lub stany chorobowe nawet takie, które występują nagle jak zawały serca i krwotoki śródmózgowe, chyba że ryzyko następstw zawałów serca, krwotoków śródmózgowych i chorób tropikalnych zostało dodatkowo objęte umową ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz odszkodowania za utratę, uszkodzenie lub zniszczenie rzeczy.
- Świadczenia nie przysługują ubezpieczonemu, w stosunku do którego istniały przeciwwskazania lekarskie do uprawiania sportu lub wykonywania czynności związanych z kulturą fizyczną i sportem.

Suma i warianty ubezpieczenia

Świadczenia podstawowe

§ 11.

- Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.

- Umowę ubezpieczenia można zawrzeć według jednego z trzech wariantów (I–III) określonych w §§ 13–15.

§ 12.

- Suma ubezpieczenia określana jest przez PZU SA w porozumieniu z ubezpieczającym, z tym że nie może być niższa niż 1.000 zł.
- Maksymalna suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż 100.000 zł – w wariantcie I i 200.000 zł – w wariantcie II i III.
- W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający za zgodą PZU SA może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia powoduje konieczność opłaty dodatkowej składki.
- Za nieszczęśliwe wypadki i zdarzenia, o których mowa w § 6, powstałe do dnia następnego po zmianie sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, PZU SA ponosi odpowiedzialność na warunkach umowy dotychczasowej.

Wariant I

§ 13.

W ubezpieczeniu zawartym w wariantcie I obowiązują następujące świadczenia podstawowe:

- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia przy czym, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku PZU SA wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie, a w razie częściowego uszczerbku taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku,
- świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – w wysokości 50% sumy ubezpieczenia,
- zwrot poniesionych kosztów jednorazowego nabycia protez i środków pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż po 5.000 zł.
Koszty te podlegają zwrotowi, jeżeli ich nabycie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową oraz pod warunkiem, że zostały poniesione przed upływem 3 lat od daty wypadku. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty.

Wariant II

§ 14.

W ubezpieczeniu zawartym w wariantcie II obowiązują następujące świadczenia podstawowe:

- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia przy czym, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku PZU SA wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia a w razie częściowego uszczerbku, taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku z wyłączeniem odpowiedzialności PZU SA w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu niższego lub równego 20%,¹⁾
- świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – w wysokości 50% sumy ubezpieczenia,
- zwrot poniesionych kosztów jednorazowego nabycia protez i środków pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż po 5.000 zł.

¹⁾ franszyza integralna określa graniczną wartość szkody (tu: trwałego uszczerbku na zdrowiu) za którą i poniżej której PZU SA nie odpowiada, zaś za szkody przekraczające tę wartość odpowiada w pełnej wysokości.

Koszty te podlegają zwrotowi, jeżeli ich nabycie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową oraz pod warunkiem, że zostały poniesione przed upływem 3 lat od daty wypadku. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty.

Wariant III

§ 15.

1. W ubezpieczeniu zawartym w wariantcie III obowiązują następujące świadczenia podstawowe:
 - 1) świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – w wysokości 50% sumy ubezpieczenia,
 - 2) świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia – w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
 - 3) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku – za wymienione w Tabeli świadczeń rodzaje trwałego uszkodzenia ciała i w określonej w niej wysokości:

Tabela świadczeń

Rodzaj uszkodzenia ciała	Włączając	% sumy ubezpieczenia	
		Prawa	Lewa
Utrata kończyny górnej	przedramię, rękę, palce	70%	60%
Utrata przedramienia	rękę, palce	65%	55%
Utrata ręki	palce	60%	50%
Utrata palca u ręki		7% za każdy palec	
Utrata kciuka		20%	
Utrata wszystkich palców u ręki		50%	
Utrata kończyny dolnej	podudzie, stopę, palce	75%	
Utrata podudzia	stopę, palce	60%	
Utrata stopy	palce	50%	
Utrata palca u stopy		3% za każdy palec	
Utrata wszystkich palców u stopy		25%	
Całkowita utrata wzroku		100%	
Utrata wzroku w jednym oku		30%	
Całkowita utrata mowy		100%	

- 4) zwrot kosztów jednorazowego nabycia protez i środków pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż po 5.000 zł. Koszty te podlegają zwrotowi, jeżeli ich nabycie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową oraz pod warunkiem, że zostały poniesione przed upływem 3 lat od daty wypadku. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty.
2. Przy uszkodzeniu kończyn górnych u osób leworęcznych wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się przyjmując dla uszkodzeń ręki lewej trwały uszczerbek na zdrowiu przewidziany dla ręki prawej.
3. Przez całkowite trwałe inwalidztwo rozumie się uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby ubezpieczonej spowodowane

wane nieszczęśliwym wypadkiem bądź zdarzeniem objętym ubezpieczeniem, które stało się przyczyną całkowitej i trwałej niezdolności do uprawiania dyscypliny sportu i wykonywania pracy zarobkowej w jakimkolwiek zawodzie stwierdzone przez lekarza orzecznika ZUS w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty wypadku.

4. Przez trwały uszczerbek na zdrowiu rozumie się wyłącznie wymienione w ust.1 w Tabeli świadczeń rodzaje uszkodzeń ciała osoby ubezpieczonej spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem objętym ubezpieczeniem, przy czym za trwałe uszkodzenie ciała rozumie się utratę organów wymienionych w tabeli lub całkowitą utratę władzy w tych organach.
5. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem zawału serca, krwotoku śródmózgowego lub choroby tropikalnej – w przypadku objęcia umową ubezpieczenia tych zdarzeń – ustalane jest według zasady podanej w § 13 pkt.1.
6. Jeżeli orzeczone zostanie całkowite trwałe inwalidztwo a ten sam wypadek albo zdarzenie objęte umową spowoduje jednocześnie trwały uszczerbek na zdrowiu – świadczenie przysługujące z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa zostanie wypłacone w wysokości sumy ubezpieczenia pomniejszonej o wypłacone wcześniej świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 16.

- 1 W wariantcie I i II procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określają lekarze powołani przez PZU SA, na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA”. Na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia PZU SA udostępnia do wglądu w jednostkach organizacyjnych PZU SA „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA”.
2. W wariantcie III procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określają lekarze powołani przez PZU SA, na podstawie:
 - 1) Tabeli świadczeń podanej w § 15 ust.1. – w przypadku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Tabeli wymienionej w ust.1 – w przypadku zawału serca i krwotoku śródmózgowego lub choroby tropikalnej, o ile ryzyka te były włączone do umowy ubezpieczenia.

Świadczenia i ryzyka dodatkowe

§ 17.

1. Na wniosek ubezpieczającego, za opłatą dodatkowej składki, do umowy ubezpieczenia można włączyć:
 - 1) ryzyko następstw zawałów serca i krwotoków śródmózgowych,
 - 2) ryzyko następstw chorób tropikalnych,
 - 3) ryzyko następstw nieszczęśliwych wypadków i zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych na skutek wojny, rozruchów i zamieszek poza granicami RP, oraz następujące świadczenia dodatkowe:
 - 4) koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, poniesione na terytorium RP,
 - 5) zasiłek dzienny z tytułu niezdolności do uprawiania określonej w umowie ubezpieczenia dyscypliny sportu albo wykonywania zawodu związanego z uczestnictwem w kulturze fizycznej spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia,
 - 6) dietę szpitalną,
 - 7) świadczenie przejściowe,
 - 8) jednorazowe świadczenie z tytułu bezpowrotnej utraty zdolności do uprawiania określonej w umowie ubezpieczenia dyscypliny sportu, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku lub zdarzeń objętych umową ubezpieczenia.
2. Na wniosek ubezpieczającego, za opłatą dodatkowej składki, świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową ubezpieczenia (zawału serca, krwotoku śródmózgowego, chorób

tropikalnych) może być podwyższone do 100% sumy ubezpieczenia.

§ 18.

1. Zwrot poniesionych na terytorium RP kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zdarzeń objętych umową ubezpieczenia następuje do wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
Suma ubezpieczenia kosztów leczenia określana jest przez PZU SA w uzgodnieniu z ubezpieczającym w granicach od 1.000 zł do 5.000 zł.
2. Za koszty leczenia uważa się niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:
 - a) wizyt lekarskich, leczenia, zabiegów ambulatoryjnych i operacji oraz badań przepisanych przez lekarza,
 - b) zakupu niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza,
 - c) pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
 - d) transportu z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium.
3. Koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zdarzeń objętych umową ubezpieczenia poniesione na terytorium RP, PZU SA zwraca do określonej w umowie ubezpieczenia wysokości, jeżeli zostały poniesione w ciągu 2 lat od daty wypadku albo zdarzenia objętego umową. Zwrot kosztów leczenia następuje w oparciu o dostarczone rachunki i dowody ich zapłaty.

§ 19.

1. Zasiłek dzienny może być włączony do umów ubezpieczenia z rocznym okresem ubezpieczenia.
2. Zasiłek dzienny wypłacany jest w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia przez maksymalny okres 60 dni. Wysokość zasiłku dziennego ustalana jest w porozumieniu z ubezpieczającym w granicach od 10 zł do 50 zł za każdy dzień.
3. Zasiłek dzienny płatny jest przy leczeniu szpitalnym od 1-go dnia lub przy leczeniu ambulatoryjnym od 15-go dnia po wypadku.
4. Zasiłek dzienny przysługuje za okres całkowitej niezdolności do uprawiania dyscypliny sportu lub wykonywania pracy zawodowej związanej z uczestnictwem w kulturze fizycznej i wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego honorowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
W przypadku zaistnienia w jednym okresie ubezpieczenia więcej niż jednego wypadku lub zdarzenia objętego umową – wypłata zasiłku nie może przekroczyć łącznie 60 dni w rocznym okresie ubezpieczenia.
5. Jeżeli na powstałą niezdolność do uprawiania dyscypliny sportu lub wykonywania pracy zawodowej związanej z uczestnictwem w kulturze fizycznej ma również wpływ istniejący już stan chorobowy lub inwalidztwo, zasiłek dzienny wypłacany jest za przypuszczalny okres niezdolności do uprawiania dyscypliny sportu lub wykonywania pracy zawodowej związanej z uczestnictwem w kulturze fizycznej, jaki mógłby być wyłącznie następstwem nieszczęśliwego wypadku bądź zdarzenia objętego umową ubezpieczenia. Okres ten przyjmuje się według oceny lekarzy powołanych przez PZU SA.
6. Ubezpieczony traci prawo do zasiłku w przypadku gdy w okresie, za który przysługuje mu zasiłek uprawia jakąkolwiek dyscyplinę sportu lub wykonuje pracę zawodową albo pracę zawodową związaną z uczestnictwem w kulturze fizycznej.

§ 20.

1. Dieta szpitalna wypłacana jest w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości, przy czym jej wysokość nie może wynosić więcej niż 100 zł za dzień, przez maksymalny okres 60 dni z tytułu każdego nieszczęśliwego wypadku albo zdarzenia objętego umową zaistniałego w okresie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Dieta szpitalna wypłacana jest od 2-go dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia. Przez pobyt w szpitalu rozumie się leczenie stacjonarne w szpitalu lub klinice trwające ponad 24 godziny.

3. Dieta szpitalna nie przysługuje w przypadku pobytu ubezpieczonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, tj. w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych, centrach i ośrodkach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem kontynuowania objętego odpowiedzialnością PZU SA leczenia szpitalnego w szpitalu uzdrowiskowym, centrum lub ośrodka rehabilitacyjnym pod warunkiem, że leczenie to rozpoczyna się bezpośrednio pod leczeniu szpitalnym.
4. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie karty informacyjnej, wystawionej przez szpital lub klinikę, potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.

§ 21.

1. Świadczenie przejściowe może być włączone do umów ubezpieczenia jednostkowego lub zbiorowego z rocznym okresem odpowiedzialności zawieranych na rachunek zawodników zrzeszonych w klubach sportowych oraz osób wykonujących zawód związany z uczestnictwem w kulturze fizycznej.
2. Jeżeli po upływie 6 miesięcy od daty wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia utrzymuje się niezdolność do uprawiania sportu lub wykonywania zawodu związanego z uczestnictwem w kulturze fizycznej, na którą nie ma wpływu żadna inna choroba lub wcześniejsze inwalidztwo - ubezpieczonemu wypłacane jest jednorazowo świadczenie przejściowe w wysokości 3.000 zł.
Wypłata świadczenia następuje wówczas, gdy niezdolność trwa nieprzerwanie od dnia wypadku i została potwierdzona zaświadczeniem lekarskim honorowanym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a także pod warunkiem, że poszkodowany w tym czasie nie wykonywał innej pracy zawodowej.
3. Jeżeli niezdolność wymieniona w ust. 2 przedłuża się powyżej 9 miesięcy – ubezpieczonemu wypłacane jest dodatkowo świadczenie w wysokości 3.000 zł.
Świadczenie przejściowe wypłacane jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego honorowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

§ 22.

1. Jednorazowe świadczenie może być włączone do umów ubezpieczenia jednostkowego lub zbiorowego z rocznym okresem odpowiedzialności, zawieranych wyłącznie na rachunek zawodników zrzeszonych w klubach sportowych.
2. Jednorazowe świadczenie wypłacane jest w określonej w umowie ubezpieczenia wysokości.
Wysokość jednorazowego świadczenia ustalana jest przez PZU SA w porozumieniu z ubezpieczającym w granicach od 1.000 zł do 30.000 zł.
3. Jednorazowe świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy całkowita, bezpowrotna utrata zdolności do uprawiania określonej w umowie dyscypliny sportu jest następstwem jednego nieszczęśliwego wypadku zaistniałego podczas uprawiania dyscypliny sportu w okresie ubezpieczenia.
4. Jednorazowe świadczenie wypłacane jest na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej powołanej przez PZU SA oraz w oparciu o pełną dokumentację medyczną sprzed i po wypadku.

§ 23.

1. Ubezpieczenie osób biorących udział w imprezach sportowych o charakterze masowym może być zawarte wyłącznie według wariantu I (§ 13) z ograniczonym czasem ochrony do wypadków zaistniałych podczas trwania imprezy i obejmującym jedynie świadczenia podstawowe.
2. Ochroną PZU SA nie są objęte osoby biorące udział w imprezach sportowych w charakterze widzów.

§ 24.

Niezależnie od świadczeń objętych umową, PZU SA zwraca ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazdy w kraju do wskazanych przez PZU SA lekarzy lub na obserwację kliniczną oraz koszty badań lekarskich

wymaganych dla uzasadnienia roszczeń zleconych przez lekarzy PZU SA, przy czym koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna zwracane są po zaakceptowaniu zasadności wyboru środka transportu przez PZU SA.

§ 25.

Jeżeli poszkodowany był ubezpieczony na podstawie kilku umów ubezpieczenia świadczenia przysługują z każdej umowy ubezpieczenia, jednak poniesione koszty z tytułu leczenia, nabycia protez i środków pomocniczych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów wypłacane są do wysokości rzeczywistych udowodnionych wydatków, maksymalnie jednak do wysokości limitów wynikających z zawartych umów.

Umowa ubezpieczenia

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 26.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o ubezpieczenie.
2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na ubezpieczającym. Dokument ubezpieczenia otrzymuje ubezpieczający.
3. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU SA może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.
4. 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.
5. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU SA wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU SA zapytuje w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU SA umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić PZU SA o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
8. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5–7 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5–7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego) ubezpieczający obowiązany jest do poinformowania ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia.

§ 27.

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).

§ 28.

1. Umowę ubezpieczenia jednostkowego można zawrzeć na okres roczny lub krótszy od roku.
2. Ubezpieczający może zawrzeć tylko jedną umowę ubezpieczenia jednostkowego na dany okres.

§ 29.

1. Umowę ubezpieczenia zbiorowego zawiera się na czas nieokreślony, okres roczny lub krótszy od roku.

2. Przy umowie ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony – o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej – ubezpieczający jest obowiązany podać PZU SA, przed upływem bieżącego rocznego okresu odpowiedzialności PZU SA, liczbę osób zgłaszanych do ubezpieczenia na rok następny, zakres ubezpieczenia i wysokość sum ubezpieczenia.
3. Umowę ubezpieczenia zbiorowego zawiera się w formie imiennej lub bezimiennej. Formę bezimienną stosuje się pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób, które należą do określonej w umowie grupy osób. Ubezpieczający jest wówczas zobowiązany prowadzić imienną ewidencję ubezpieczonych z podziałem według rodzaju uprawianej dyscypliny sportu lub działalności zawodowej związanej z uczestnictwem w kulturze fizycznej i udostępnić ją do wglądu na żądanie PZU SA.

§ 30.

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia jednostkowego na cudzy rachunek, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się najwcześniej po upływie 7 dni licząc od dnia następnego po zawarciu umowy z zastrzeżeniem, że w przypadku zawarcia umowy na rachunek małoletniego odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się zgodnie z zapisami ust. 1.

§ 31.

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 2) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia,
 - 3) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem doręczenia oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie,
 - 5) z upływem 7 dni od dnia otrzymania od PZU SA pisma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni spowoduje ustanie odpowiedzialności,
 - 6) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 35 ust. 1,
 - 7) z dniem rozwiązania umowy za porozumieniem stron lub z upływem okresu wypowiedzenia,
 - 8) z chwilą śmierci ubezpieczonego.
2. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony nie zostanie wypowiedziana przed końcem bieżącego rocznego okresu odpowiedzialności z zachowaniem dwumiesięcznego okresu wypowiedzenia, przyjmuje się, iż została ona przedłużona na następny okres roczny. W przypadku braku wypowiedzenia umowy w przewidzianym terminie i nie opłaceniu składki na następny roczny okres odpowiedzialności – w trybie przewidzianym w § 34 ust. 4 pkt. 1 – umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony wygasa z upływem okresu, za który była opłacona składka.
4. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na czas oznaczony ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§ 32.

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.

§ 33.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Składka za ubezpieczenie

§ 34.

- Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Wysokość składki ustala się w zależności od:
 - sumy ubezpieczenia,
 - okresu ubezpieczenia,
 - wariantu ubezpieczenia,
 - czasu ochrony ubezpieczeniowej,
 - zakresu ubezpieczenia,
 - klasy i stopnia ryzyka,
 - rodzaju umowy,
 - przebiegu ubezpieczenia,
 - liczby ubezpieczonych osób.
- W umowach ubezpieczenia stosuje się następujące kryteria obniżek i podwyżek składki:
 - w umowach ubezpieczenia jednostkowego i ubezpieczenia zbiorowego stosuje się obniżki albo podwyżki składki w zależności od przebiegu ubezpieczenia,
 - w przypadku ubezpieczenia imprez liczących ponad 100 uczestników dopuszcza się możliwość zastosowania obniżki składki w zależności od liczby osób przystępujących do ubezpieczenia.
- Jeżeli w dokumencie ubezpieczenia nie określono innego sposobu i terminów – ubezpieczający jest obowiązany zapłacić składkę ubezpieczeniową:
 - przy umowach zawieranych na czas nieokreślony – za pierwszy okres ubezpieczenia – w ciągu 30 dni od daty doręczenia dokumentu ubezpieczenia (polisy), a za następne okresy ubezpieczenia – w ciągu 30 dni od daty wezwania ubezpieczającego do zapłaty składki,
 - przy umowach ubezpieczenia zawieranych na okres roczny lub krótszy – jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia.
- W przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na okres roczny, jeżeli wysokość składki przekracza 1.000 zł, dopuszcza się możliwość opłacenia składki w 2 ratach:
 - I rata – 60% należnej składki płatna w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - II rata – 40% należnej składki płatna we wskazanym w umowie ubezpieczenia terminie.
- Druga rata składki musi być opłaconą w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia pod rygorem skutków określonych w §31 ust.1 pkt. 5.
- Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
- Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się datę, w której pełna kwota składki znalazła się na rachunku PZU SA.
- Składka nie podlega indeksacji.

§ 35.

- W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
- W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

- Zwrot składki nie przysługuje, gdy wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej jest następstwem wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej w związku z wyczerpaniem sumy ubezpieczenia wskutek wypłaty świadczenia lub świadczeń.
- Okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu tej ochrony.
- Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
- PZU SA dokonuje zwrotu składki po uzyskaniu informacji o okolicznościach stanowiących podstawę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Postępowanie w razie wypadku

§ 36.

- W razie wypadku ubezpieczony obowiązany jest:
 - starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - dostarczyć PZU SA:
 - dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku,
 - dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia,
 - 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,
 - na zlecenie PZU SA poddać się badaniu przez wskazanych przez PZU SA lekarzy lub obserwacji klinicznej.
- W razie śmierci ubezpieczonego uposażony zobowiązany jest przedłożyć PZU SA do wglądu odpis aktu zgonu oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu, jeśli jest uprawnionym do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający jego tożsamość. W przypadku braku wskazania uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 41 ust. 2 zobowiązana jest przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa z ubezpieczonym lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci.

§ 37.

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

Ustalanie i wypłata świadczeń

§ 38.

- Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia a śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, okresem leczenia lub niezdolnością ubezpieczonego do uprawiania dyscypliny sportu lub wykonywania czynności związanych zawodowo z uczestnictwem w kulturze fizycznej.
- Ustalenie związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, okresu leczenia i niezdolności ubezpieczonego do uprawiania dyscypliny sportu i wykonywania czynności związanych zawodowo z uczestnictwem w kulturze fizycznej następuje na podstawie dostarczonych dowodów, określonych w § 36 ust. 1 pkt. 2 oraz wyników badań lekarskich.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony po całkowitym zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy licząc od daty wypadku przy obrażeniach chirurgicznych i 6 miesięcy w przypadku obrażeń neurologicznych. W razie poważnych obrażeń wymagających długiego okresu leczenia stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien

być ustalony najpóźniej w 24-tym miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (popłnienie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

4. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju uprawianej dyscypliny sportu lub wykonywanych czynności związanych z uczestnictwem w kulturze fizycznej.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia były już upośledzone wskutek choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku właściwym dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku lub zdarzeniu objętym umową ubezpieczenia a stopniem (procentem) inwalidztwa istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem lub zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia.

§ 39.

Jeżeli w wyniku wypadku 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. Zasadę tę stosuje się także w przypadku zaistnienia kilku wypadków w okresie ubezpieczenia.

§ 40.

Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci ubezpieczonego wypłaca się pod warunkiem, że trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć nastąpiły w ciągu 2 lat od daty zaistnienia wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.

§ 41.

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu (w odniesieniu do małoletnich – przedstawicielowi ustawowemu).
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu, a w razie braku wskazania uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) dzieciom w częściach równych, a w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – zstępnym tego dziecka w częściach równych w zakresie udziału jaki by przypadła im rodzicom, przy czym zasadę tę stosuje się analogicznie do dalszych zstępnych tego dziecka; w przypadku braku zstępnych udział jaki by przypadła temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych,
 - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego; w przypadku gdy dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców,
 - 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego.
3. W razie braku wskazania uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego PZU SA wypłaca w pierwszej kolejności, w granicach sumy ubezpieczenia udowodnione koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.
4. Jeżeli PZU SA wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu a następnie w ciągu 2 lat od daty wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego

wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, PZU SA wypłaca uposażonemu świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci określonego w umowie i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

5. W razie śmierci ubezpieczonego nie będącej następstwem wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia przysługującego za trwały uszczerbek – PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się najbardziej prawdopodobny stopień trwałego uszczerbku według oceny lekarzy orzekających wskazanych przez PZU SA, orzeczony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

§ 42.

1. PZU SA po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym ubezpieczonego lub ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU SA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU SA powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 PZU SA nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PZU SA informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza tą osobę o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. PZU SA udostępnia osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA.
7. Na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia PZU SA zobowiązany jest udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Postanowienia końcowe

§ 43.

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i upraw-

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

2. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnio-

nemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 44.

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

§ 45.

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



Andrzej Klesyk

Prezes Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna



Witold Jaworski

Członek Zarządu
Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń
Spółka Akcyjna