

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY I PERSONELU



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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną zwaną dalej „PZU SA” na rachunek uczniów, studentów, dzieci, młodzieży i personelu.

§ 2

1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. PZU SA zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie nie dopełnienia 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

Ubezpieczony może żądać, ażeby PZU SA udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU, w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 4

Przez użyte w OWU pojęcia rozumie się:

- 1) **bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- 2) **Centrum Alarmowe PZU** – Centrum Alarmowe działające na rzecz PZU SA, świadczące usługi assistance określone w OWU; centrum czynne 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, do którego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zgłosić zajście wypadku ubezpieczeniowego w celu uzyskania pomocy określonej w OWU; numer telefonu Centrum Alarmowego PZU podany jest w dokumencie ubezpieczenia;
- 3) **ciężkie obrażenia ciała** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, potwierdzoną w dokumentacji medycznej:
 - a) całkowitą i trwałą utratę wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia lub
 - b) trwałe i poważne naruszenie, względnie utratę funkcji ważnego narządu lub narządów: ślepotę jednooczną, poważne obustronne upośledzenie wzroku, utratę kończyny dolnej co najmniej na poziomie podudzia, utratę ważnego narządu wewnętrznego, zeszywnienie jednego z dużych stawów (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego, skokowego) zwłaszcza w pozycji niekorzystnej, utratę zdolności chwytnej ręki (utratę co najmniej trzech palców ręki w tym kciuka), niedowład lub porażenie obejmujące co najmniej jedną kończynę;
- 4) **czasowa niezdolność do nauki** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasowa niemożność uczestniczenia ubezpieczonego we wszystkich zajęciach szkolnych; zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego nie oznacza niezdolności do nauki w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 5) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasową niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej udokumentowaną zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) **dokument ubezpieczenia** – polisę, certyfikat lub inne potwierdzenie na piśmie zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 7) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień i związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie; w rozumieniu OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 8) **krwotok śródczaszkowy** – wynaczynienie krwi do jamy czaszki;
- 9) **leczenie** – wizyty i konsultacje lekarskie, leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne, zabiegi ambulatoryjne, zabiegi operacyjne, badania zlecone przez lekarza, przyjmowanie leków oraz stosowanie środków opatrunkowych, transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium, rehabilitację;
- 10) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
- 11) **leczenie operacyjne złamania** – stabilizację wewnętrzną lub zewnętrzną złamania związaną z zabiegiem operacyjnym powodującym naruszenie ciągłości tkanek;
- 12) **nowotwór złośliwy** – chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza (tzn. takiego, który nie jest otoczony torebką i charakteryzuje się zdolnością do naciekania tkanek i do tworzenia odległych przerzutów); pod pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczki oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego;
- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 14) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
- 15) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU SA;
- 16) **oparzenie** – uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
- 17) **personel** – pracowników dydaktycznych i administracyjnych zatrudnionych w szkole lub zakładzie;
- 18) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
- 19) **poważne uszkodzenie ciała** – powstałe w następstwie wypadku ubezpieczeniowego uszkodzenie ciała, na skutek którego wystąpiło jedno z niżej wymienionych następstw, potwierdzonych w dokumentacji medycznej:
 - a) hospitalizacja rozpoczęta do 3 doby po urazie i trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
 - b) zabieg operacyjny w trybie ostrym (do 7 dni od przyjęcia do szpitala),
 - c) kwalifikacja ubezpieczonego do zabiegu operacyjnego w trybie planowym,
 - d) trwały deficyt neurologiczny po uszkodzeniu mózgu, rdzenia kręgowego lub korzeni nerwowych,

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

- e) trwałe pogorszenie ostrości wzroku lub trwałe zawężenie pola widzenia,
 - f) trwałe pogorszenie ostrości słuchu,
 - g) częściowa amputacja kończyn,
 - h) częściowa utrata narządów wewnętrznych;
- 20) **praca zarobkowa** – formę świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
- 1) w ramach:
 - a) umowy cywilno-prawnej lub
 - b) stosunku pracy lub
 - c) stosunku służbowego o charakterze administracyjno-prawnym lub
 - 2) w zakresie wykonywania działalności gospodarczej we własnym imieniu, w tym również prowadzenia gospodarstwa rolnego;
- 21) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów);
- 22) **przedstawiciel ustawowy** – rodzica posiadającego władzę rodzicielską albo opiekuna ustanowionego przez sąd;
- 23) **rehabilitacja** – niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie usprawniające następstwa wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
- 24) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
- 25) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia;
W rozumieniu OWU pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentiów, szpitali sanatoryjnych;
- 26) **śpiączka** – stan zaistniały wskutek wypadku ubezpieczeniowego, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 30 dni wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe organizmu, polegający na występowaniu głębokich ilościowych zaburzeń świadomości, wyrażających się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne słowne i bólowe, związany z ciężkim uszkodzeniem mózgu;
W rozumieniu OWU za śpiączkę nie jest uważana śpiączka farmakologiczna;
- 27) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowitą utratę fizyczną narządu lub organu, lub całkowitą utratę ich funkcji;
- 28) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
- 29) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, osobę prawną albo jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, która zawarła z PZU SA umowę ubezpieczenia;
- 30) **ubezpieczony** –
- 1) ucznia, studenta;
 - 2) dziecko, młodzież z zakładu;
 - 3) personel;
 - 4) przedstawiciela ustawowego ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 1 i 2, w zakresie wskazanym w § 6 w odniesieniu do świadczenia, o których mowa w § 14 pkt 7;
 - 5) osoba, która ma na utrzymaniu ubezpieczonego ucznia lub studenta, o którym mowa w pkt 1, w zakresie wskazanym w § 6 w odniesieniu do świadczenia, o którym mowa w § 14 pkt 7;
– na rachunek których zawarta została umowa ubezpieczenia;
- 31) **uposażony** – osobę wskazaną imiennie przez pełnoletniego ubezpieczonego jako upoważnioną do otrzymania należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
- 32) **wrodzona wada serca** – nieprawidłowość anatomiczną budowy serca istniejącą w chwili narodzin ubezpieczonego;
- 33) **wstrząśnienie mózgu** – pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następczą;
- 34) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, doznanie obrażeń ciała w wyniku ataku epilepsji lub omdlenia o nieustalonej przyczynie, krwotok śródczaszkowy, zawał serca;
- 35) **zabieg operacyjny** – zabieg medyczny wykonany w placówce medycznej, przez uprawnionego do jego wykonania lekarza, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, przeprowadzony metodą otwartą lub endoskopową;
- 36) **zakład** – placówka inna niż szkoła zajmująca się opieką i wychowaniem dzieci lub młodzieży, np. żłobek, przedszkole, dom dziecka, ognisko wychowawcze, organizacja zrzeszająca dzieci i młodzież;
- 37) **zawał serca** – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego;
- 38) **złamanie** – urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przy czym przez złamania rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych:
- a) otwarte – z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości,
 - b) zamknięte – gdy skóra w okolicy złamanej kości jest nienaruszona;
- 39) **zwichnięcie** – urazowe przemieszczenie się jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, dla potrzeb niniejszego ubezpieczenia zwichnięcie musi być potwierdzone badaniem obrazowym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 5

Z zastrzeżeniem § 6, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa:

- 1) nieszczęśliwego wypadku;
- 2) zawału serca;
- 3) krwotoku śródczaszkowego;
- 4) obrażeń ciała, których zaistnienie spowodowane zostało atakiem epilepsji albo omdleniem o nieustalonej przyczynie;

polegające na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub powodujące śmierć.

§ 6

W odniesieniu do ubezpieczonego przedstawiciela ustawowego oraz osoby, która ma na utrzymaniu ucznia lub studenta przedmiotem ubezpieczenia jest wyłącznie śmierć, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w § 5 pkt 1.

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z następujących wariantów:
 - 1) w wariantcie I albo
 - 2) w wariantcie II.
2. Rodzaje świadczeń i ich wysokość określone są w §§ 12–14.

§ 8

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

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są następstwa dotyczące wypadków ubezpieczeniowych powstałych:
 - 1) w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku zatrucia spowodowanego nikotyną, spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) w wyniku udziału ubezpieczonego w bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa umyślnego;



- 4) 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;
 - 5) w wyniku wykonywania procedur medycznych bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
 - 6) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
 - 7) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem innym niż silnikowy, jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem chyba, że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego.
2. Odpowiedzialność PZU SA jest wyłączona za następstwa chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie wypadku ubezpieczeniowego lub stanowiących przyczynę zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 5 pkt 2, 3 i 4. Jeżeli choroba lub stan chorobowy miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU SA obejmuje uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia, które są następstwem przyczyny zewnętrznej.
3. Z odpowiedzialności PZU SA wyłączone są usługi assistance, gdy zdarzenie stanowiące podstawę organizacji takiej usługi powstało:
- 1) w związku lub w następstwie okoliczności, o których mowa w ust. 1,
 - 2) w następstwie chorób lub stanów chorobowych, o których mowa w ust. 2.
4. Odpowiedzialność PZU SA nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.
5. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

SUMA UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Suma ubezpieczenia oraz limity dla poszczególnych świadczeń dodatkowych określone są w umowie ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia określana jest w uzgodnieniu z ubezpieczającym w granicach od 1.000 zł do 100.000 zł w takiej samej wysokości dla każdej ubezpieczonej osoby, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Dla ubezpieczonego przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ucznia lub studenta suma ubezpieczenia wynosi 1.000 zł.
4. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający za zgodą PZU SA może podwyższyć sumę ubezpieczenia lub rozszerzyć zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Zmiana warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 4, powoduje konieczność dokonania ponownej kalkulacji składki na okres, w którym mają obowiązywać zmienione warunki ubezpieczenia.
6. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia, PZU SA odpowiada w granicach podwyższonej sumy ubezpieczenia lub rozszerzonego zakresu ubezpieczenia począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU SA oświadczenia o wyrażeniu zgody odpowiednio na podwyższenie sumy ubezpieczenia lub rozszerzenie zakresu ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE WARIANTY UBEZPIECZENIA

§ 11

Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia, przy czym umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariancie I albo wariancie II.

§ 12

Umową ubezpieczenia:

- 1) zawartą w **wariantcie I** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w poniższej Tabeli Nr 1:

Tabela Nr 1
Świadczenia podstawowe w wariancie I

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

- 2) zawartą w **wariantcie II** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w poniższej Tabeli Nr 2:

Tabela Nr 2
Świadczenia podstawowe w wariancie II

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



**POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE
ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH**

§ 13

1. **Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego – w wariantcie I i w wariantcie II** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Świadczenie to przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od daty zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
2. **Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu – w wariantcie I i w wariantcie II** – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku, przy czym trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest:
 - 1) przez lekarza powołanego przez PZU SA w oparciu o „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU SA”, zatwierdzone uchwałą Zarządu PZU SA i obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia;
 - 2) najpóźniej w 24. miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego – późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie albo pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 Świadczenie to przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż 24 miesiące od daty zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
3. **Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała – w wariantcie II** – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą Nr 3:

**Tabela Nr 3
Trwałe uszkodzenie ciała**

Poz. Tabeli	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80
2.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60
3.	Całkowita utrata ręki	50
4.	Całkowita utrata palców ręki II, III, IV, V	8 – za każdy palec
5.	Całkowita utrata kciuka	22
6.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolennego, podudzia lub stawów skokowych	60
8.	Całkowita utrata stopy	40
9.	Całkowita utrata palców stopy II, III, IV, V	3 – za każdy palec
10.	Całkowita utrata palucha	15
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30

14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	Całkowita utrata nosa	20
17.	Całkowita utrata zębów stałych	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 Lovette'a	100
25.	Śpiączka trwająca dłużej niż 30 dni	100

4. Świadczenie z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów – w wariantcie II:

- 1) przysługuje zgodnie z poniższą Tabelą Nr 4:

**Tabela Nr 4
Złamania kości lub zwichnięcia stawów**

Poz. Tabeli	Rodzaj złamania lub zwichnięcia	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1.	Złamania kości sklepienia i podstawy czaszki	5
2.	Złamania kości twarzoczaszki	4
3.	Złamania łopatki, obojczyka, mostka	4,5 za każdą kość
4.	Złamania żebra, żeber	2 za każde złamane żebro – w przypadku złamania do 9 żeber; maksymalnie 10 za wszystkie złamane żebra (w przypadku złamania powyżej 9 żeber)
5.	Złamania kości ramiennej	7
6.	Zwichnięcie stawu barkowego	7
7.	Złamania w obrębie kości przedramienia (jednej lub obu)	4
8.	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	5
9.	Złamania w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	3



10.	Złamania w obrębie kości palców ręki II–V	2 za każdy palec
11.	Zwichnięcia stawów w obrębie palców ręki II–V	2 za każdy palec
12.	Złamania w obrębie kciuka	3
13.	Zwichnięcie kciuka	3
14.	Niestabilne złamania miednicy	10
15.	Stabilne złamania miednicy	4,5
16.	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17.	Złamania kości udowej	10
18.	Złamania w obrębie kości podudzia (jednej lub obu)	7
19.	Złamania rzepki	4
20.	Zwichnięcie stawu kolanowego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
21.	Złamania w obrębie stopy z wyłączeniem kości palców	4
22.	Złamania w obrębie palucha	2,5
23.	Złamania w obrębie kości palców stopy II–V	2 za każdy palec
24.	Zwichnięcie w stawach skokowych	4
25.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy trzonów, łuków kręgów (z wyłączeniem kości ogonowej)	11 za każdy krąg
26.	Złamania w obrębie kręgosłupa – dotyczy wyrostków poprzecznych, kolczystych kręgów	2,5 za każdy krąg
27.	Złamania kości ogonowej	3,5
28.	Złamanie zęba stałego	0,5 za każdy złamany ząb stały – w przypadku złamania do 9 zębów stałych; maksymalnie 5 za wszystkie złamane zęby stałe (w przypadku złamania powyżej 9 zębów stałych)

2) nie obejmuje zwichnięć nawykowych stawów;

3) w przypadku leczenia operacyjnego złamania albo zwichnięcia wymienionego w Tabeli Nr 4, ubezpieczonemu przysługuje, oprócz świadczenia wynikającego z Tabeli Nr 4, dodatkowo świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia za każdy operowany narząd; przez operowany narząd należy rozumieć narząd wymieniony w poszczególnych pozycjach Tabeli Nr 4.

5. Świadczenie z tytułu innych następstw niż wymienione w Tabeli 3, 4, 6, 7 – w wariantcie I i w wariantcie II:

1) przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą Nr 5 z zastrzeżeniem, że w wariantcie I świadczenie to przysługuje wyłącznie wówczas, gdy nie występuje trwały uszczerbek na zdrowiu:

Tabela Nr 5

Inne następstwa niż wymienione w Tabeli 3, 4, 6, 7

Poz. Tabeli	Rodzaj następstwa	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia	
		Wariant I	Wariant II
1.	Nagłe zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenie prądem, piorunem, które to stany wymagały hospitalizacji		5
2.	Następstwo urazów ciała z jednego wypadku ubezpieczeniowego, które wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i jest połączone z dalszym leczeniem, wymaga co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a które nie figuruje w żadnej z Tabel i nie daje się zakwalifikować jako poważne uszkodzenie ciała (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej)	1	1,5

2) w przypadku gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia można zakwalifikować do obu pozycji w Tabeli nr 5, ubezpieczonemu przysługuje świadczenie tylko z jednej korzystniejszej dla niego pozycji.

6. Świadczenie z tytułu oparzeń lub odmrożeń – w wariantcie II – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą Nr 6:

Tabela Nr 6

Oparzenia lub odmrożenia

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



7. Świadczenie z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu – w wariantcie II – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z poniższą Tabelą Nr 7, jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany w związku z wstrząśnieniem mózgu lub podejrzeniem wstrząśnienia mózgu:

Tabela Nr 7
Wstrząśnienie lub podejrzenie wstrząśnienia mózgu

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

8. Świadczenie z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń – w wariantcie II – przysługuje w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony w związku z pogryzieniem, pokąsaniem, ukąszeniem był hospitalizowany.
9. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych – w wariantcie I i wariantcie II – przysługuje w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia, jeżeli konieczność poniesienia tych kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, przy czym zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych nie może przekroczyć kwoty 200 złotych za każdy ząb.
10. Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych – w wariantcie I i wariantcie II – przysługuje w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia, jeżeli konieczność poniesienia tych kosztów na terytorium RP powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
11. Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP Usługi assistance, o których mowa w pkt 1–6 świadczone są przez Centrum Alarmowe PZU na terytorium RP w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do usług, o których mowa w pkt 3, usługi assistance świadczone są w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku.
- w zależności od zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego, na wniosek ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance:
- 1) **Pomoc medyczna**
PZU SA organizuje i pokrywa koszty pomocy medycznej maksymalnie do łącznej kwoty 2.000 zł na wszystkie poniżej wymienione usługi w odniesieniu do każdego wypadku ubezpieczeniowego:
- a) **wizyta lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego** – zorganizowanie jednej wizyty lekarskiej w miejscu pobytu ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów dojazdu lekarza i jego honorarium, przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty,
- b) **wizyta ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej** – zorganizowanie jednej wizyty ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej wskazanej przez Centrum Alarmowe PZU oraz pokrycie honorarium tego lekarza, przy czym PZU SA nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas tej wizyty; na wniosek ubezpieczonego PZU SA organizuje jego transport do placówki medycznej i pokrywa koszty tego transportu,
- c) **wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego** – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego wymaga wizyty pielęgniarki w jego miejscu pobytu, PZU SA organizuje oraz pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej honorarium; usługa ta obejmuje zabiegi lecznicze zalecone przez lekarza leczącego ubezpieczonego,

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

2) **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna**

PZU SA zapewnia:

- a) **organizację procesu rehabilitacji** – jeżeli lekarz leczący ubezpieczonego zalecił zabiegi rehabilitacyjne, PZU SA organizuje i pokrywa koszty wizyt fizjoterapeuty (koszty dojazdu i honorarium) w miejscu pobytu ubezpieczonego albo organizuje i pokrywa koszty transportu ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz koszty zabiegów rehabilitacyjnych przeprowadzonych w poradni rehabilitacyjnej; usługa realizowana jest maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym o miejscu wykonania zabiegów decyduje lekarz leczący ubezpieczonego,
- b) **dostawę drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego w domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty usługi informacyjnej dotyczącej placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; ponadto PZU SA organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego do miejsca pobytu ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu pokrywa ubezpieczony,
- c) **dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego musi przebywać w domu, PZU SA organizuje i pokrywa koszty jednorazowego dostarczenia do miejsca pobytu ubezpieczonego przepisanych na receptę przez lekarza niezbędnych leków, o ile są one dostępne na terenie RP; jeżeli ubezpieczony ponadto potrzebuje leków dostępnych bez recepty, które jednocześnie są dostępne w miejscu realizacji recepty, PZU SA organizuje i pokrywa koszty dostarczenia wskazanych przez ubezpieczonego leków dostępnych bez recepty; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł, przy czym koszty leków pokrywa ubezpieczony,
- d) **domową opiekę pielęgniarstwa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU SA organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgniarstwa (koszt dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu pobytu ubezpieczonego; O celowości domowej opieki pielęgniarstwa decyduje lekarz leczący ubezpieczonego; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 1.000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;
- 3) **Pomoc psychologa**
Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością PZU SA ubezpieczony dozna ciężkich obrażeń ciała lub na skutek nieszczęśliwego wypadku, w którym uczestniczył ubezpieczony nastąpi:
- a) śmierć małżonka ubezpieczonego lub
 - b) śmierć dziecka ubezpieczonego lub
 - c) śmierć rodziców ubezpieczonego lub rodziców małżonka ubezpieczonego,



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

- 4) **Lekcje prywatne dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjum oraz szkół ponadgimnazjalnych, z wyłączeniem uczniów szkół policealnych w rozumieniu ustawy o systemie oświaty** – jeżeli na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony uczeń nie może uczęszczać do szkoły dłużej niż 10 dni od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, PZU SA organizuje i pokrywa koszty indywidualnych korepetycji z maksymalnie 2 wybranych przedmiotów wchodzących w zakres programu nauczania szkoły, maksymalnie do kwoty 400 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy;
- 5) **Infolinia medyczna i telefoniczna konsultacja z lekarzem Centrum Alarmowego PZU** – PZU SA zapewnia dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem Centrum Alarmowego PZU, który w miarę istniejących możliwości udzieli ubezpieczonemu ustnej informacji, co do postępowania w zakresie opieki zdrowotnej. Informacje te nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance poniesione przez ubezpieczonego bez zgody Centrum Alarmowego PZU, chyba że skontaktowanie się z Centrum Alarmowym PZU w sposób określony w § 32 ust. 1 nie było możliwe z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

§ 14

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

- 1) **zwrot kosztów leczenia** – w tym kosztów rehabilitacji, przysługuje w zależności od wyboru ubezpieczającego: w wysokości do 20% sumy ubezpieczenia albo w wysokości do 30% sumy ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) były niezbędne z medycznego punktu widzenia,
 - b) jeżeli konieczność ich poniesienia powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - c) w przypadku rehabilitacji – jeżeli konieczność jej przeprowadzenia zaistniała nie później niż w okresie 6 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego;
- 2) **ryczałt za okres czasowej niezdolności do nauki lub pracy** – przysługuje w wysokości 0,06% sumy ubezpieczenia za jeden dzień niezdolności, jeżeli okres niezdolności do pracy lub nauki trwa dłużej niż 14 dni, przez okres nie dłuższy niż 180 dni z tytułu jednego i wszystkich wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
- 3) **dieta szpitalna** – przysługuje od drugiego dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia za jeden dzień pobytu w szpitalu, maksymalnie przez okres 90 dni z tytułu jednego wypadku ubezpieczeniowego;
- 4) **jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym** – przysługuje w wysokości 1.000 zł;
- 5) **jednorazowe świadczenie w przypadku zgonu dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat z powodu wrodzonej wady serca** – przysługuje w wysokości 1.000 zł;

- 6) **jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat** – przysługuje w wysokości 1.000 zł;
- 7) **jednorazowe świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego lub osoby, która ma na utrzymaniu ucznia lub studenta** – w wysokości 1.000 zł.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 15

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony.

§ 16

1. Z jedną szkołą albo zakładem mogą być zawarte odrębne umowy ubezpieczenia z różnymi wariantami lub sumami ubezpieczenia.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wystawiane są odrębne dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia.

§ 17

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie zbiorowej na podstawie pisemnego wniosku o ubezpieczenie złożonego przez ubezpieczającego.
2. 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 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.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2. Ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU SA niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 2 i 3 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
5. PZU SA nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2–4 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2–4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 18

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej lub bezimiennej.
2. Formę bezimienną stosuje się pod warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich osób, które należą do określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową objęte są wszystkie dzieci, młodzież, uczniowie i studenci danego zakładu lub szkoły oraz część personelu – umowę ubezpieczenia zawiera się w formie bezimiennej, natomiast umowę ubezpieczenia personelu w formie imiennej.
4. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej – ubezpieczenie obejmuje stan liczbowy określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób bez potrzeby składania wniosków o objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób i opłacania dodatkowej składki – w przypadku zmiany liczby osób należących do tej grupy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
5. Umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się z imiennym wskazaniem osób, które mają być objęte umową ubezpieczenia. w takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć PZU SA imienny wykaz tych osób. Sporządzony przez ubezpieczającego wykaz załączany jest do dokumentu ubezpieczenia.



§ 19

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU SA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 20

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU SA doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonej przez niego oferty, PZU SA zobowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
2. W braku sprzeciwu umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 21

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność PZU SA rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki.
2. W przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 5, w razie zgłoszenia w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia nowych osób – odpowiedzialność PZU SA w stosunku do tych osób rozpoczyna się od dnia następnego po doręczeniu PZU SA imiennego wykazu tych osób i nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu zapłaty za nie składki.

§ 22

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 ubezpieczenia.

§ 23

Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym.

§ 24

Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

§ 25

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z upływem określonego w dokumencie ubezpieczenia okresu ubezpieczenia;
- 2) z dniem doręczenia PZU SA oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, w przypadku o którym mowa w § 22;
- 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron;
- 4) z dniem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w § 23 i § 28 ust. 5;
- 5) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU SA o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU SA ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie;
- 6) w stosunku do danego ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 26

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia albo jej wypowiedzenie albo rozwiązanie za porozumieniem stron nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

§ 27

1. Składkę za ubezpieczenie ustala się według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU SA.
2. Wysokość składki ustala się w zależności od:
 - 1) rodzaju szkoły albo zakładu;
 - 2) sumy ubezpieczenia;
 - 3) okresu ubezpieczenia;
 - 4) wariantu ubezpieczenia;
 - 5) zakresu ubezpieczenia;
 - 6) obniżki lub zwwyżki składki.
3. W umowach ubezpieczenia, w zależności od przebiegu ubezpieczenia ustalanego na podstawie danych dotyczących poprzedzających umów zbiorowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży i personelu zawartych z PZU SA, stosuje się obniżki albo podwyżki składki.

§ 28

1. Składkę ubezpieczeniową opłaca się przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, chyba że w umowie ubezpieczenia określono inny termin.
2. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo w porozumieniu z PZU SA w formie bezgotówkowej.
3. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, za datę zapłaty uważa się datę, w której kwota składki znalazła się na rachunku PZU SA.
4. Składka nie podlega indeksacji.
5. 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 ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

§ 29

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

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 30

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku ubezpieczeniowego przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) zawiadomić PZU SA o zajściu wypadku ubezpieczeniowego i dostarczyć:
 - a) szczegółowy opis przyczyn i przebiegu wypadku,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - c) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia,
 - d) rachunki i dowody zapłaty kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
 - e) dokument uprawniający do kierowania pojazdem, jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas wypadku;
 - 3) umożliwić PZU SA zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności określonych w dokumentach wymienionych w pkt. 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed jak i po wypadku ubezpieczeniowym.
2. W razie śmierci ubezpieczonego – uposażony zobowiązany jest przedłożyć PZU SA do wglądu odpis aktu zgonu oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu, jeżeli jest uprawniony do uzyskania takich dokumentów, oraz dokument stwierdzający



jego tożsamość. W przypadku braku wskazania uposażonego – występująca o wypłatę świadczenia osoba, o której mowa w § 39 ust. 2 zobowiązana jest przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego potwierdzające fakt małżeństwa lub pokrewieństwa lub dokumenty potwierdzające fakt sprawowania opieki nad ubezpieczonym na dzień jego śmierci.

§ 31

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

§ 32

1. W celu skorzystania z usług assistance, o których mowa w § 13 ust. 11, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zajściu wypadku ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie zawiadomić telefonicznie o wypadku ubezpieczeniowym Centrum Alarmowe PZU i podać następujące informacje:
 - 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania ubezpieczonego oraz imię i nazwisko lub nazwę ubezpieczającego;
 - 2) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe PZU może skontaktować się z ubezpieczonym lub jego przedstawicielem;
 - 3) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Alarmowego PZU, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
2. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z przyczyn od siebie niezależnych, nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum Alarmowym PZU w sposób, o którym mowa w ust. 1, i we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług assistance określonych w § 13 ust. 11, zobowiązana jest ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowała się z Centrum Alarmowym PZU stało się możliwe, powiadomić o zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z Centrum Alarmowym PZU.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, PZU SA zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów nie więcej niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w OWU dla danej usługi assistance, a jeżeli limit ten nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której usługa ta została wykonana. Podstawą rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU SA oraz imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 2, PZU SA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło PZU SA ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU SA o wypadku ubezpieczeniowym nie nastąpią, jeżeli PZU SA w terminie, o którym mowa w ust. 2, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 33

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego następuje na podstawie dostarczonej dokumentacji lub informacji wskazanych w § 31 oraz wyników badań lekarskich.
3. Na zlecenie i koszt PZU SA ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym, badaniu przez

wskazanych przez PZU SA lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń.

§ 34

1. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
2. Jeżeli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała albo świadczenia z tytułu złamania kości lub zwichnięcia stawów, składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje przed wypadkiem ubezpieczeniowym były już upośledzone wskutek choroby lub urazu, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalonego dla stanu danego organu, narządu, układu po wypadku ubezpieczeniowym a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed zajściem wypadku ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli ubezpieczony przed ustaleniem trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego poważnym uszkodzeniem ciała otrzymał świadczenie za uszkodzenie tego samego narządu z innych tytułów (Tabela 3, 4, 5, 6, 7), to w przypadku gdy ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarzy wskazanych przez PZU SA spowoduje ustalenie wyższego świadczenia, wówczas świadczenie przyznane z innych tytułów (Tabela 3, 4, 5, 6, 7), zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a PZU SA wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem z tytułu trwałego uszczerbku a świadczeniami należnymi z innych tytułów (Tabela 3, 4, 5, 6, 7).
5. Świadczenie z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń, o którym mowa w § 13 ust. 8 wypłacane jest niezależnie od świadczeń wypłacanych z innego tytułu.

§ 35

1. Zwrot kosztów, o których mowa w § 13 ust. 9 i 10 oraz w § 14 pkt 1, następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do wysokości limitu wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia.
2. Zwrot kosztów, o których mowa w § 13 ust. 9 oraz w § 14 pkt 1, poniesionych poza granicami RP następuje na terenie RP w walucie polskiej, według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 36

1. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie karty informacyjnej, wystawionej przez szpital lub klinikę, potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.
2. Wypłata jednorazowego świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej spowodowanego nowotworem złośliwym następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej stwierdzenie przyczyny zgonu.
3. Wypłata jednorazowego świadczenia w przypadku zgonu dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 roku życia w okresie ochrony ubezpieczeniowej spowodowanego wrodzoną wadą serca następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.
4. Wypłata jednorazowego świadczenia w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka, ucznia lub studenta w wieku do 25 lat następuje na podstawie dostarczonej do PZU SA dokumentacji medycznej niezbędnej do stwierdzenia tego stanu chorobowego i przyczyny amputacji.

§ 37

Niezależnie od świadczeń objętych umową ubezpieczenia, PZU SA zwraca ubezpieczonemu koszty badań lekarskich zleconych przez lekarzy wskazanych przez PZU SA wymaganych dla uzasadnienia



zgłoszonych roszczeń oraz niezbędne udokumentowane wydatki poniesione na przejazd w RP do lekarzy wskazanych przez PZU SA.

§ 38

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

§ 39

- Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, w przypadku, gdy ubezpieczony jest małoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 i 5, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu wskazanemu imieniem przez ubezpieczonego, a w razie braku wskazania – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - małżonkowi;
 - dzieciom w częściach równych, przy czym w przypadku, gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego udział jaki przypadałby temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
 - rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców;
 - 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.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego przedstawiciela ustawowego wypłaca się uposażonemu wskazanemu imieniem przez ubezpieczonego, a w razie braku wskazania – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - ubezpieczonym, o których mowa w § 4 pkt 30 ppkt. 1 i 2 – w częściach równych;
 - osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonej osoby, która ma na utrzymaniu ucznia lub studenta wypłaca się uposażonemu wskazanemu imieniem przez ubezpieczonego, a w razie braku wskazania – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - ubezpieczonym uczniom lub studentom, o których mowa w § 4 pkt 30 ppkt. 1 – w częściach równych;
 - osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.
- W razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia PZU SA zwraca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszej kolejności udokumentowane koszty pogrzebu ubezpieczonego osobie, która je poniosła, przy czym koszty te zwracane są tylko wówczas, gdy nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.
- Jeżeli PZU SA wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu albo z innych tytułów (Tabela Nr 3, 4, 5, 6, 7), a następnie w ciągu 24. miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci określonego w umowie ubezpieczenia i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub z innych tytułów (Tabela Nr 3, 4, 5, 6, 7).

- W razie śmierci ubezpieczonego nie będącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu – PZU SA wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalony na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

- Świadczenia wypłacane są w złotych.

§ 40

- PZU SA jest zobowiązany:
 - po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;
 - jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie osoby zgłaszającej roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także do wypłacenia bezspornej części świadczenia;
 - jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie osoby występującej z roszczeniem, w terminach określonych w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - do udostępniania osobom, o których mowa w pkt 1, oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;
 - do udostępniania osobom, o których mowa w pkt 1, oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
 - na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia.
- PZU SA obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
- 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 41

- Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia dotyczącego wykonania przez PZU SA umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub



zażalenia, właściwym do ich rozpatrzenia, jest jednostka organizacyjna PZU SA, której skarga lub zażalenie dotyczy.

2. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 42

W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

§ 43

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

§ 44

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 czerwca 2013 r.