

## OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

### § 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków („OWU”), Polski Związek Motorowy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zwane dalej PZM TU, zawiera umowy ubezpieczenia („umowa”) z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek.

### § 2. DEFINICJE

Użyte w OWU definicje (w porządku alfabetycznym) oznaczają:

**1) AKTY TERRORU** – wszelkie działania z użyciem siły, przemocy lub groźby użycia przemocy przez osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji bądź rządu w celach politycznych, ekonomicznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych włączając zamiar wywarcia wpływu na rząd bądź zastraszenia społeczeństwa;

**2) CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** - całkowita, nierokująca poprawy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim;

**3) CHOROBA** - zaburzenie w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu jego organizmu;

**4) DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE** - świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Dienne świadczenie szpitalne nie obejmuje pobytu w sanatoriach, pensjonatach, domach opieki lub hospicjach, a w przypadku pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych przysługuje tylko, jeżeli pobyt Ubezpieczonego odbywał się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza orzecznika, potwierdzonego przez uprawnioną instytucję;

**5) KOSZTY LECZENIA** - wydatki poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu:

- a) udzielenia doraźnej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
- b) pobytu w szpitalu, badań, zabiegów ambulatoryjnych i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
- c) nabycia niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
- d) niezbędnego przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.

**6) KOSZTY OPERACJI PLASTYCZNEJ** - wydatki z tytułu operacji, honorariów lekarskich, materiałów opatrunkowych lub innych środków leczniczych zaleconych przez lekarza, poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu usunięcia oszpeceń, okaleczeń lub deformacji powierzchni ciała Ubezpieczonego powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku;

**7) KOSZTY RATOWNICTWA** - wydatki poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na akcję ratowniczą lub poszukiwawczą, prowadzoną przez wyspecjalizowane jednostki ratownicze w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego;

**8) NAGŁE ZACHOROWANIE** - powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, w związku z którym nastąpiła

konieczność poddania się leczeniu lub hospitalizacji;

**9) NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;

**10) POLISA** - dokument wystawiony przez PZM TU, który potwierdza zawarcie umowy;

**11) PRACA** - wykonywanie czynności w celu zarobkowym na podstawie umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o podobnym charakterze;

**12) SPORTY WYSOKIEGO RYZYKA** - rodzaje aktywności fizycznej, które niosą za sobą duże prawdopodobieństwo wypadkowości dla osób je uprawiających. Do sportów wysokiego ryzyka zaliczamy: rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie z wykorzystaniem aparatów tlenowych (oddechowych), wspinaczkę skałkową, alpinizm, sport spadochronowy i balonowy, lotniarstwo i paralotniarstwo, szybownictwo i lotnictwo amatorskie, jumping, skoki bungee, sztuki walki i inne sporty obronne, bobsleje, skoki narciarskie, jazdę na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie;

**13) ŚRODKI POMOCNICZE** - wszelkie elementy wspomagające proces leczniczy, np: gorsety, okulary, protezy z wyłączeniem endoprotez, ortozy, kule, stabilizatory, aparaty ortopedyczne;

**14) ŚWIADCZENIE** - kwota pieniężna wypłacana przez PZM TU w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie;

**15) TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU** - naruszenie sprawności organizmu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące upośledzenie czynności organizmu;

**16) UBEZPIECZENIE GRUPOWE** - ubezpieczenie obejmujące grupę osób należących do określonej zbiorowości: zakładu pracy, instytucji, klubu lub stowarzyszenia sportowego lub innej jednostki organizacyjnej;

**17) UBEZPIECZENIE INDYWIDUALNE** - ubezpieczenie obejmujące osobę fizyczną wskazaną w umowie;

**18) UBEZPIECZENIE RODZINNE** - ubezpieczenie obejmujące wszystkie lub niektóre osoby zamieszkałe pod wspólnym adresem z Ubezpieczającym;

**19) UBEZPIECZONY** - osoba fizyczna, na rzecz której została zawarta umowa;

**20) UDAR MÓZGU** - naczyniopochodny incydent mózgowy, wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- a) zawał tkanki mózgowej;
- b) krwotok wewnątrzczaszkowy;
- c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego;

**21) UPRAWNIONY** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom, pozostałym spadkobiercom w kolejności wynikającej z dziedziczenia ustawowego;

**22) WYCZYNOWE UPRAWNIANIE SPORTU** - forma aktywności fizycznej polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu w celu uzyskania, w drodze rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby



będące członkami wszelkiego rodzaju klubów, związków i organizacji sportowych, również uczestnictwo w treningach, zgrupowaniach, obozach szkoleniowych, z wyjątkiem zajęć sportowych organizowanych przez placówkę oświatową;

**23) WYPADEK KOMUNIKACYJNY** - nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależne od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała lub śmierci Ubezpieczonego;

**24) ZAWAŁ SERCA** - pełnościenna martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego niedokrwienia tego obszaru, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem łącznie wymienionych poniżej objawów:

- a) stwierdzony w wywiadzie typowy ból dławicowy;
- b) pojawienie się nowych, nie występujących dotychczas, charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego zmian w zapisie EKG;
- c) zwiększenie aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

### § 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć Ubezpieczonego.

2. Po opłaceniu dodatkowej składki przedmiotem ubezpieczenia mogą być również następstwa zawału serca i udaru mózgu pod warunkiem, że nie są wynikiem istniejącej choroby przewlekłej.

3. Następstwa zawału serca i udaru mózgu nie mogą być przedmiotem umowy ubezpieczenia, jeżeli chorobę serca lub układu krążenia stwierdzono orzeczeniem lekarskim przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również w przypadku, gdy Ubezpieczony przekroczył 65 rok życia, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 4.

4. Rozszerzenie zakresu ochrony o zawał serca i udar mózgu oraz ich następstwa jest również możliwe u osób, które ukończyły 65 rok życia, jeżeli zostały spełnione jednocześnie następujące warunki:

- 1) umowa zawierana jest w miejsce innej umowy zawartej z PZM TU, w której ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków było rozszerzone o zawał serca i udar mózgu oraz ich następstwa;
- 2) z tytułu umowy wskazanej w pkt. 1 nie zgłoszono roszczeń o wypłatę świadczenia za zawał serca i udar mózgu oraz ich następstwa.

### § 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Umowa może być zawarta w jednym, wybranym przez Ubezpieczającego wariantcie ubezpieczenia:

- 1) PODSTAWOWYM; lub
- 2) ROZSZERZONYM.

2. Ubezpieczenie w wariantcie PODSTAWOWYM obejmuje następujące świadczenia:

- 1) świadczenie z tytułu częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 2) świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 3) zwrot kosztów naprawy lub nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz leczniczych środków technicznych;
- 4) zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów;
- 5) ubezpieczenie assistance - w przypadku ubezpieczenia indywidualnego lub rodzinnego trwającego dłużej niż 8 miesięcy.

3. Ubezpieczenie w wariantcie ROZSZERZONYM, oprócz świadczeń wymienionych w ust. 2 powyżej, obejmuje następujące świadczenia:

- 1) zwrot kosztów leczenia;
  - 2) zwrot kosztów operacji plastycznych;
  - 3) zwrot kosztów ratownictwa;
  - 4) dzienne świadczenie szpitalne.
4. Za opłatą dodatkowej składki zakres ubezpieczenia w wariantcie PODSTAWOWYM lub ROZSZERZONYM może zostać rozszerzony o:
- 1) świadczenia progresywne odpowiadające procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu z zastosowaniem współczynnika progresji;
  - 2) dodatkowe świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.
5. W każdym z wariantów ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, jakie mogą wydarzyć się podczas nauki lub wykonywania pracy określonej w umowie oraz w drodze z domu do pracy (szkoły) i z pracy (szkoły) do domu oraz w życiu prywatnym, które wydarzyły się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i za granicą oraz podczas uprawiania sportu w ramach rekreacji lub rehabilitacji.

### § 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte osoby, które ukończyły 65 rok życia, chyba że ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków jest przez nie kontynuowane w PZM TU nieprzerwanie przez okres 2 lat.

2. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte skutki wypadków będące następstwem lub powstałe w związku z jakąkolwiek chorobą nawet zaistniałą nagle, z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 2.

3. PZM TU wolne jest od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczający albo osoba, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, spowodowała zdarzenie objęte umową umyślnie. Jeśli zdarzenie objęte umową powstało wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, PZM TU wolne jest od odpowiedzialności, chyba że zapłata świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

4. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek zasady określone w ust. 3 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.

5. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte skutki wypadków powstałych:

- 1) w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub innych środków odurzających przez Ubezpieczonego;
- 2) podczas prowadzenia pojazdu przez osoby, które nie posiadały wymaganych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
- 3) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że powstały podczas leczenia bezpośrednich następstw wypadku;
- 4) wskutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa albo samobójstwa;
- 5) podczas czynnego udziału w bójce, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej;
- 6) na skutek postępowania się wszelkiego rodzaju środkami pirotechnicznymi, petardami bądź środkami o podobnym działaniu;
- 7) w związku z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka lub podczas wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego;
- 8) wskutek wszelkich następstw wojny, inwazji, wrogich działań obcego państwa, działania o charakterze wojennym (niezależnie od tego, czy wojna została wypowiedziana, czy nie), wojny domowej, rebelii, rewolucji, powstania, rozruchów, strajku, lokautu, aktów sabotażu, zamieszek wewnętrznych, wojskowego lub cywilnego zamachu stanu, zorganizowanych działań lub działań w złym zamiarze osób działających w imieniu lub w powiązaniu z organizacjami politycznymi, spisku, konfiskaty, rekwizycji, zajęcia, zniszczenia lub uszkodzenia z nakazu



organów sprawujących władzę;

9) w związku z aktami terroru.

6. Odpowiedzialnością PZM TU nie są objęte zadośćuczynienie za doznany ból, cierpienie fizyczne lub moralne oraz straty materialne polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy należących do Ubezpieczonego, powstałe w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

## § 6. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Określona w umowie suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZM TU, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 2.

2. Świadczenia progresywne oraz dodatkowe świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy PZM TU wypłaca ponad sumę ubezpieczenia.

3. Suma ubezpieczenia określona w umowie nie może być niższa niż 5.000 zł i wyższa niż 100.000 zł.

4. Suma ubezpieczenia stanowi wielokrotność 5.000 zł, o ile jej wysokość przekracza kwotę 10.000 zł. Do kwoty 10.000 zł sumę ubezpieczenia ustala się w pełnych tysiącach złotych.

5. W umowie ubezpieczenia rodzinnego suma ubezpieczenia:

1) w przypadku Ubezpieczającego nie może być niższa niż 10.000 zł i wyższa niż 100.000 zł;

2) w przypadku współmałżonka Ubezpieczającego lub innego Ubezpieczonego wynosi 50% sumy ubezpieczenia Ubezpieczającego.

## § 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ustalana jest na podstawie taryfy stawek obowiązującej w dniu zawarcia umowy lub w szczególnych wypadkach na podstawie indywidualnej oceny ryzyka, z uwzględnieniem długości okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia, dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia oraz formy płatności składki.

2. Składka opłacana jest jednorazowo jednocześnie z zawarciem umowy, chyba że w polisie określono inny sposób i termin opłacenia składki.

3. Na wniosek Ubezpieczającego płatność składki może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość rat określone są w polisie.

4. Jeżeli zapłata składki dokonywana jest w formie przelewu bankowego lub przekazu pocztowego, składkę uznaje się za zapłaconą z chwilą wpływu na rachunek PZM TU.

## § 8. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa zawierana jest na podstawie wniosku o ubezpieczenie, stanowiącego jej integralną część.

2. PZM TU może zwrócić się do Ubezpieczającego o dodatkowe informacje, uzależniając zawarcie umowy od ich dostarczenia oraz treści.

3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 365 dni („okres roczny”), o ile nie umówiono się inaczej.

4. Zawarcie umowy PZM TU potwierdza polisą.

5. Ubezpieczenie może zostać zawarte w formie ubezpieczenia indywidualnego, rodzinnego lub grupowego.

6. Do umowy ubezpieczenia rodzinnego mogą przystąpić wszystkie lub niektóre osoby zamieszkałe pod wspólnym adresem z Ubezpieczającym.

7. Umowa ubezpieczenia grupowego może być zawarta wyłącznie w takim samym wariantcie, zakresie i z taką samą sumą ubezpieczenia dla każdego z Ubezpieczonych.

8. Umowa ubezpieczenia grupowego może zostać zawarta w formie:

1) imiennej - na podstawie imiennego wykazu Ubezpieczonych;

2) bezimiennej - gdy ubezpieczeniem zostaną objęte wszystkie osoby przynależące do określonej grupy.

9. W przypadku zawarcia umowy w formie bezimiennej Ubezpieczający obowiązany jest prowadzić imienną ewidencję Ubezpieczonych.

## § 9. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność PZM TU rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, o ile strony nie umówiły się inaczej.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłacił w terminie wymagalnej kolejnej raty składki, PZM TU wezwie Ubezpieczającego na piśmie do jej zapłaty, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem ustania odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia. Jeżeli pomimo otrzymanego wezwania do zapłaty wymagalnej raty składki Ubezpieczający nie dokona jej zapłaty, odpowiedzialność PZM TU ustaje, a umowa ulega rozwiązaniu z końcem okresu, za który przypadła zapłacona rata składki.

3. Odpowiedzialność PZM TU kończy się z chwilą:

1) zakończenia okresu ubezpieczenia;

2) końca okresu, za który przypadła zapłacona rata składki, o którym mowa w ust. 2 powyżej;

3) odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania;

4) wypłaty świadczenia lub świadczeń w łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 2.

## § 10. ODSTĄPIENIE OD UMOWY I ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Jeżeli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia jej zawarcia.

2. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym PZM TU ponosiło odpowiedzialność.

3. Umowa może być rozwiązana w drodze pisemnego wypowiedzenia przez PZM TU ze skutkiem natychmiastowym:

1) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający lub jego przedstawiciel zataił przed PZM TU informacje, o które PZM TU zapytywało przed zawarciem umowy;

2) w razie stwierdzenia, że Ubezpieczony zataił przed PZM TU informacje, o które PZM TU zapytywało przed zawarciem umowy, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy.

4. W przypadku odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi.

5. Wysokość należnej do zwrotu składki ustala się w kwocie wyliczonej proporcjonalnie do długości niewykorzystanego okresu ubezpieczenia, przy czym każdy rozpoczęty dzień ubezpieczenia traktuje się jako pełny.

6. Składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie podlega zwrotowi, jeżeli:

1) PZM TU wypłaciło, przed datą rozwiązania umowy, świadczenie lub świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia;

2) PZM TU jest zobowiązane do wypłaty, z tytułu wypadku zaszłego przed datą rozwiązania umowy, świadczenia lub świadczeń w wysokości równej lub przekraczającej sumę ubezpieczenia.

## § 11. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZM TU



zgodne z jego najlepszą wiedzą wszystkie znane sobie okoliczności dotyczące przedmiotu ubezpieczenia, o które PZM TU zapytywało w formularzu lub innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

2. W czasie trwania umowy Ubezpieczający zobowiązany jest do pisemnego zawiadomienia PZM TU o wszelkich zmianach okoliczności wymienionych w ust. 1, po otrzymaniu o nich informacji.

3. PZM TU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ustępów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ustępów poprzedzających 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.

4. Jeżeli umowę zawarto na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach 1-3 powyżej spoczywają także na Ubezpieczonym, chyba że nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

5. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest:

1) starać się o złagodzenie skutków wypadku poddając się niezwłocznie opiece lekarskiej wypełniając zalecenia lekarza;

2) uzyskać dokumentację lekarską oraz inne dokumenty związane z wypadkiem i przekazać je PZM TU;

3) niezwłocznie powiadomić PZM TU o zaistnieniu zdarzenia;

4) na zlecenie PZM TU poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej, mającej na celu ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu;

5) zwolnić lekarzy, u których się leczyl, placówki służby zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych i inne instytucje z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia.

6. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek obowiązki określone w ustępach poprzedzających spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

7. W przypadku naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 5, PZM TU może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZM TU ustalenie okoliczności i skutków wypadku.

## § 12. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

1. Jeżeli Ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZM TU wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowienia § 4 ust. 4.

2. PZM TU wypłaca Uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wyłącznie, jeżeli śmierć nastąpiła w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące po zajściu nieszczęśliwego wypadku, w wysokości:

1) w wariantcie PODSTAWOWYM - 50% sumy ubezpieczenia;

2) w wariantcie ROZSZERZONYM - 100% sumy ubezpieczenia.

3. Z tytułu częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zaistniałego wypadku:

1) w wariantcie PODSTAWOWYM i ROZSZERZONYM - jeżeli Ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał częściowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, PZM TU wypłaca taki procent sumy

ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku;

2) w wariantcie PODSTAWOWYM i ROZSZERZONYM - jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o świadczenia progresywne i została opłacona dodatkowa składka, wysokość świadczenia ustalana jest progresywnie, tj. jako iloczyn procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, sumy ubezpieczenia określonej w umowie i współczynnika progresji według poniższej tabeli:

% trwałego uszczerbku na zdrowiu	Współczynnik progresji świadczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku
0,5 - 50,0	1,5
50,5 - 100,0	2,0

4. PZM TU zwraca w ramach świadczenia, w granicy sumy ubezpieczenia, uzasadnione okolicznościami danego zdarzenia i udokumentowane:

1) koszty naprawy lub nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz leczniczych środków technicznych do wysokości:

a) w wariantcie PODSTAWOWYM - 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 5.000 zł;

b) w wariantcie ROZSZERZONYM - 25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 7.500 zł;

2) koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości:

a) w wariantcie PODSTAWOWYM - 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 5.000 zł;

b) w wariantcie ROZSZERZONYM - 25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 7.500 zł;

3) w wariantcie ROZSZERZONYM - koszty leczenia do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10.000 zł pod warunkiem, że poniesione zostały w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty nieszczęśliwego wypadku; świadczenie jest wypłacane po przedstawieniu oryginałów rachunków oraz jeżeli koszty operacji nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innej umowy ubezpieczenia; zwrot kosztów odbudowy stomatologicznej zębów nie może przekroczyć kwoty 200 złotych za każdy ząb;

4) w wariantcie ROZSZERZONYM - koszty operacji plastycznej do wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10.000 zł pod warunkiem, że poniesione zostały w okresie nie dłuższym niż 2 lata od daty nieszczęśliwego wypadku; świadczenie jest wypłacane po przedstawieniu oryginałów rachunków oraz jeżeli koszty operacji nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innej umowy ubezpieczenia;

5) w wariantcie ROZSZERZONYM - koszty ratownictwa do wysokości 15% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 10.000 zł; świadczenie jest wypłacane po przedstawieniu oryginałów rachunków oraz jeżeli koszty ratownictwa nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub innej umowy ubezpieczenia;

6) w wariantcie ROZSZERZONYM - dzienne świadczenie szpitalne w wysokości 0,5% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 150 złotych za dzień, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej 5 dni - za cały okres pobytu, jednak nie dłużej niż 90 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

5. Po opłaceniu dodatkowej składki PZM TU wypłaca w wariantcie PODSTAWOWYM lub ROZSZERZONYM, niezależnie od wypłaconych świadczeń i ponad sumę ubezpieczenia, świadczenie dodatkowe, z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w wysokości 50% sumy ubezpieczenia; świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że w dacie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był czynny zawodowo.



6. Ustalenie wysokości należnego świadczenia określane jest na podstawie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią Ubezpieczonego. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez lekarzy wskazanych przez PZM TU na podstawie zgłoszenia wypadku i dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza, który udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy oraz wszelkiej dokumentacji z leczenia w oparciu o obowiązującą w PZM TU Tabelę Norm Uszczerbku na Zdrowiu dostępną na stronie internetowej [www.pzmtu.pl](http://www.pzmtu.pl) bądź dołączoną do umowy na żądanie Ubezpieczającego.

7. W uzasadnionych przypadkach stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu może być określany na podstawie badań przeprowadzonych przez lekarzy wskazanych przez PZM TU.

8. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zgłoszeniu wypadku, na podstawie informacji zawartych w zgłoszeniu oraz wszelkiej dokumentacji z leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

9. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były upośledzone, świadczenie wypłaca się z uwzględnieniem różnicy pomiędzy stopniem (procentem) uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

10. Jeżeli Ubezpieczony zmarł po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, a śmierć nie pozostaje w związku przyczynowym z nieszczęśliwym wypadkiem, niewypłacone świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu wypłaca się spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego. Jeżeli stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią Ubezpieczonego, jako stopień trwałego uszczerbku przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku ustalonego według oceny lekarzy powołanych przez PZM TU na podstawie zebranej dokumentacji.

11. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł w ciągu 24 miesięcy od dnia wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się Uprawnionemu jeżeli przewyższa ono świadczenie wypłacone Ubezpieczonemu, przy czym uwzględnia się uprzednio wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

12. Górną granicą wypłacanych świadczeń jest suma ubezpieczenia wskazana w umowie, z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 4.

13. W przypadku, jeśli wysokość świadczeń z tego samego zdarzenia przekracza łącznie wysokość sumy ubezpieczenia wynikającej z umowy, w pierwszej kolejności wypłacane jest świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

### § 13. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową PZM TU wszczyna właściwe postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia oraz w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, powiadamia Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o tym fakcie, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem.

2. Ponadto w tym terminie PZM TU, pisemnie lub w inny uzgodniony sposób informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są

potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZM TU lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. PZM TU ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 2, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności PZM TU lub wysokości świadczenia.

4. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZM TU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZM TU.

5. PZM TU wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku dokonania własnych ustaleń, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

6. PZM TU zobowiązane jest wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

7. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZM TU albo wysokości świadczenia nie jest możliwe, świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

8. W razie braku podstaw do wypłaty świadczenia w całości lub w części, PZM TU poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego w terminach określonych w ust. 6 bądź 7, podając okoliczności faktyczne i podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia w całości lub w części oraz pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

9. W przypadku, gdy osoba, która uległa wypadkowi, była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu kosztów leczenia, nabycia środków pomocniczych nie mogą przekroczyć rzeczywistych, udokumentowanych kosztów.

### § 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu).

2. Jeżeli strona zmieniła siedzibę (adres) i nie powiadomiła o tym drugiej strony przyjmuje się, że obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia został wypełniony przez wysłanie pisma pod ostatni znany stronie adres. W takim wypadku strony uznają, że pismo wywiera skutki prawne po upływie 14 dni od daty jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata.

3. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej PZM TU.

4. W przypadku jakichkolwiek skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, można je zgłosić do Rzecznika Ubezpieczonych lub za pośrednictwem właściwej jednostki terenowej PZM TU do właściwej jednostki organizacyjnej centrali PZM TU, którą wskazuje jednostka terenowa, celem ich rozpatrzenia.

5. Właściwa jednostka organizacyjna centrali PZM TU jest zobowiązana w ciągu 30 dni od chwili otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie.

6. Powództwo o roszczenia wynikające z umów zawartych na podstawie OWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej



albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy.

7. PZM TU zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy.

8. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie

przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych stosownych aktów prawnych.

9. OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Polskiego Związku Motorowego Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 41/2009 z dnia 10 września 2009 roku i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 19 października 2009 roku.

Klaus Eberhart  
Prezes Zarządu

Artur Borowiński  
Wiceprezes Zarządu

## Kluczula Assistance przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków

### § I. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są uzasadnione okolicznościami oraz udokumentowane koszty związane z udzieleniem Ubezpieczonemu przez przedstawiciela PZM TU natychmiastowej pomocy assistance na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Koszty pomocy, o których mowa w ust. 1, pokrywane są pod warunkiem istnienia odpowiedzialności PZM TU z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

3. Ubezpieczenie assistance wchodzi w zakres umowy w przypadku indywidualnego lub rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla umów zawieranych na okres dłuższy niż 8 miesięcy.

4. Ubezpieczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:

1) pomocy medycznej, w tym:

a) wizyty lekarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, pokrycie kosztów pierwszego dojazdu i honorarium lekarza, jeżeli nie istnieje możliwość wezwania do Ubezpieczonego lekarza ubezpieczenia społecznego;

b) wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego na zlecenie lekarza wyznaczonego przez przedstawiciela PZM TU;

c) transportu Ubezpieczonego z miejsca wypadku do szpitala odpowiednio wyposażonego do udzielania pomocy. O celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu decyduje lekarz wyznaczony przez przedstawiciela PZM TU. PZM TU nie pokrywa kosztów transportu medycznego w przypadku, kiedy realizowany on jest na koszt ubezpieczenia społecznego;

d) transportu Ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania, jeżeli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 7 dni, odpowiednim, zalecanym przez lekarza wyznaczonego przez przedstawiciela PZM TU środkiem transportu. PZM TU nie pokrywa kosztów transportu medycznego w przypadku, kiedy realizowany on jest na koszt ubezpieczenia społecznego;

e) przekazania, na życzenie Ubezpieczonego, wiadomości rodzinie Ubezpieczonego lub pracodawcy o wypadku, w następstwie którego Ubezpieczony przebywa w szpitalu;

2) pomocy rehabilitacyjnej, w tym:

a) dostarczenie leków oraz drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego zaleconego przez lekarza prowadzącego leczenie do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego; świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu leków lub sprzętu;

b) opieki nad dziećmi do lat 16 w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni; świadczenie realizowane jest na wniosek Ubezpieczonego i na podstawie pisemnej zgody Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad dziećmi;

c) opieki nad zwierzętami w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku przebywał w szpitalu przez okres co najmniej 3 dni; świadczenie realizowane jest w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby zapewnić opiekę nad zwierzętami;

d) pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji Ubezpieczonego, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem i trwającej co najmniej 5 dni, gdy istnieje medycznie uzasadniona i stwierdzona przez lekarza konieczność pomocy w miejscu zamieszkania.

5. Ponadto ubezpieczenie obejmuje medyczne usługi informacyjne:

1) informacje medyczne o danym schorzeniu, stosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia w ramach obowiązujących przepisów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

2) informacje o działaniu leków (stosowanie, odpowiedniki, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania w czasie ciąży i laktacji);

3) informacje o aptekach, w tym adresy, godziny pracy i numery telefonów;

4) informacje o rekomendowanych placówkach medycznych;

5) informacje o rekomendowanych placówkach diagnostycznych;

6) informacje o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych;

7) informacje o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego;

8) informacje o dietach, zdrowym żywności;



**9)** informacje o grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudną sytuacją rodzinną, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;

**10)** informacje o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;

**11)** dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem centrum Assistance, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Usługi informacyjne dotyczą wyłącznie placówek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

## **§ 2. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI**

**1.** Przedstawiciel PZM TU organizuje świadczenia i pokrywa koszty, o których mowa w § 1 ust. 4, do kwoty:

**1)** w ramach pomocy medycznej:

**a)** dla kosztów wizyty lekarskiej, określonych w § 1 ust. 4 pkt. 1 ppkt. a – nie więcej niż 500 zł;

**b)** dla kosztów wizyty pielęgniarki, określonych w § 1 ust. 4 pkt. 1 ppkt. b – nie więcej niż 300 zł;

**2)** w ramach pomocy rehabilitacyjnej:

**a)** dla kosztów dostarczenia leków oraz drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego, określonych w § 1 ust. 4 pkt. 2 ppkt. a – do łącznej kwoty 200 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

**b)** dla kosztów opieki nad nieletnimi dziećmi, określonych w § 1 ust. 4 pkt. 2 ppkt. b – do kwoty 200 zł za każdy dzień, nie dłużej niż 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

**c)** dla kosztów opieki nad zwierzętami, określonymi w § 1 ust. 4 pkt. 2 ppkt. c – do kwoty 150 zł za każdy dzień, nie dłużej niż 3 dni w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;

**d)** dla kosztów pomocy domowej, określonych § 1 ust. 4 pkt. 2 ppkt. d – nie dłużej niż 5 dni i nie więcej niż 300 zł w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

**2.** PZM TU nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe podczas lub przy okazji organizacji świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 4 pkt. 1-2.

## **§ 3. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Klauzuli zastosowanie mają „Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków” zatwierdzone uchwałą nr 41/2009 Zarządu Polskiego Związku Motorowego Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dniu 10 września 2009 roku.