

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NNW PZU EDUKACJA

ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/110/2022 z dnia 20 kwietnia 2022 r.



SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ I Postanowienia wprowadzające	str. 2	Świadczenie w przypadku zgonu dziecka z powodu wrodzonej wady serca	str. 13
Informacje ustawowe	str. 2	Jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyny lub części kończyny spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka	str. 13
Postanowienia ogólne	str. 2	Świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	str. 13
Słowniczek	str. 3	Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego	str. 13
ROZDZIAŁ II Czas ochrony oraz przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 5	Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania	str. 13
Świadczenia w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej	str. 6	Zwrot kosztów leczenia powstałych po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny	str. 16
Warianty ubezpieczenia	str. 6	Sumy ubezpieczenia i limity odpowiedzialności	str. 16
Postanowienia szczegółowe dotyczące świadczeń podstawowych	str. 7	Wyłączenia odpowiedzialności	str. 17
Świadczenia w rozszerzonym zakresie ochrony ubezpieczeniowej	str. 11	ROZDZIAŁ III Zawarcie umowy ubezpieczenia i czas jej trwania	str. 18
Świadczenia dodatkowe	str. 11	Składka ubezpieczeniowa	str. 18
Zasady przyznawania świadczeń dodatkowych wymienionych w § 11	str. 12	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia i ustanie odpowiedzialności	str. 19
Zwrot kosztów leczenia	str. 12	Zwrot składki ubezpieczeniowej	str. 19
Ryczałt za okres czasowej niezdolności do nauki albo pracy	str. 12	ROZDZIAŁ IV Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego	str. 19
Dieta szpitalna w wyniku nieszczęśliwego wypadku	str. 12	Ustalanie i wypłata świadczeń	str. 20
Dieta szpitalna z powodu choroby	str. 13	ROZDZIAŁ V Reklamacje, skargi i zażalenia	str. 22
Zwrot kosztów dostosowania mieszkania	str. 13		
Świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy	str. 13		
Świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym	str. 13		

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 1 ust. 8, § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22, § 23, § 24, § 25, § 27, § 39, § 40, § 41, § 42, § 43, § 44, § 45, § 46, § 47, § 48
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 8, § 2, § 3, § 4, § 8, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 21, § 22, § 23, § 24, § 25, § 26, § 27, § 32, § 36, § 39, § 40, § 41, § 42, § 43, § 44, § 45, § 46, § 47

POSTANOWIENIA OGÓLNE

– czyli kilka ważnych informacji na początek

§ 1

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia NNW PZU Edukacja (zwanych dalej „OWU”) ubezpieczający może zawrzeć z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną, zwaną dalej „PZU” umowę ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (zwaną dalej „umową ubezpieczenia” lub „umowami ubezpieczenia”).
2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na swój rachunek (dla siebie – jest on wtedy również ubezpieczonym) lub na cudzy rachunek (dla innej osoby, ta osoba jest wtedy ubezpieczonym). Ubezpieczający ma obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU, PZU może podnieść również przeciwko ubezpieczonemu;
 - 2) ubezpieczony może żądać by PZU udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie praw i obowiązków ubezpieczonego.
3. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odbiegające od ustalonych w OWU. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odbiegających, OWU mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.
4. PZU zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
5. PZU doręcza ubezpieczającemu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeśli umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, to ubezpieczający jest zobowiązany przekazać OWU wszystkim ubezpieczonym przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, a jeśli to nie jest możliwe – najpóźniej w pierwszym dniu tego okresu. OWU może być przekazane w wersji papierowej lub – jeśli ubezpieczony się zgodzi – na innym trwałym

nośniku. PZU może poprosić ubezpieczającego o dowód, który potwierdza przekazanie OWU ubezpieczonym.

6. Umowa ubezpieczenia może być zawarta za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Wówczas OWU jest dodatkowo udostępnione w placówkach PZU i na stronie internetowej PZU oraz przekazywane ubezpieczającemu wraz z polisą.
7. W relacjach z konsumentem PZU stosuje język polski.
8. W sprawach nieuregulowanych w OWU lub w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

SŁOWNICZEK

– czyli pojęcia, które pojawiają się w OWU

§ 2

Użyte w OWU określenia i skróty oznaczają:

- 1) **akty terroryzmu** – działania indywidualne lub grupowe skierowane przeciwko ludności lub mieniu; ich celem jest osiągnięcie skutków ekonomicznych, politycznych, religijnych lub społecznych przez wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności, dezorganizację życia publicznego;
- 2) **bójka** – starcie trzech albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- 3) **Centrum Pomocy** – Centrum, działające na rzecz PZU, świadczące usługi assistance określone w OWU; centrum czynne 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, do którego ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zgłosić zajście wypadku ubezpieczeniowego w celu uzyskania pomocy określonej w umowie ubezpieczenia; numer telefonu Centrum Pomocy podany jest w dokumencie ubezpieczenia; w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, numer telefonu Centrum Pomocy przekazywany jest ponadto drogą elektroniczną;
- 4) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy;
- 5) **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 OWU;
- 6) **czasowa niezdolność do pracy** – powstała w następstwie wypadku ubezpieczeniowego czasowa niezdolność ubezpieczonego pracownika placówki szkolnej do wykonywania pracy zarobkowej udokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) **dokument ubezpieczenia** – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie jednej umowy ubezpieczenia; w odniesieniu do umowy ubezpieczenia indywidualnego jeden dokument ubezpieczenia może potwierdzać zawarcie więcej niż jednej umowy ubezpieczenia;
- 8) **działania wojenne** – działania sił zbrojnych mające na celu rozbicie sił zbrojnych przeciwnika na lądzie, w powietrzu lub na morzu;
- 9) **dziecko**:
 - a) osoba fizyczna od dnia narodzin do ukończenia 18. roku życia,
 - b) osoba fizyczna od 19. roku życia do 25. roku życia ucząca się w szkole;
- 10) **ekspozycja zawodowa na materiał zakaźny** – narażenie się ubezpieczonego na kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym w związku z wykonywaniem pracy zawodowej o charakterze medycznym w następstwie:
 - 1) naruszenia ciągłości skóry lub błon śluzowych narzędziem zanieczyszczonym materiałem potencjalnie zakaźnym lub
 - 2) zachlapania błony śluzowej lub uszkodzonej skóry materiałem potencjalnie zakaźnym lub
 - 3) naruszenia ciągłości skóry lub błon śluzowych poprzez zadrapanie lub pogryzienie przez potencjalnie zakaźnego pacjenta;materiałem potencjalnie zakaźnym w rozumieniu OWU jest krew, płyn ustrojowy, wydzielina lub tkanka, w której mogą znajdować się cząstki infekcyjne w ilości wystarczającej do transmisji ludzkiego wirusa niedoboru odporności HIV lub wirusa zapalenia wątroby HAV, HBV, HCV, HDV lub HEV oraz materiał biologiczny w postaci hodowli komórek lub tkanek;
- 11) **hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku ubezpieczeniowego trwający nieprzerwanie dłużej niż 1 dzień, związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego, których nie można leczyć ambulatoryjnie; w rozumieniu OWU **dzień pobytu w szpitalu** oznacza dzień, 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;
- 12) **jednorazowe świadczenie** – świadczenie przysługujące ubezpieczonemu jeden raz w okresie ubezpieczenia z tytułu jednego i wszystkich wypadków ubezpieczeniowych;
- 13) **konsument** – osoba fizyczna dokonująca z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
- 14) **krwotok śródczaszkowy** – wynaczynienie krwi do jamy czaszki;
- 15) **leczenie**:
 - a) konsultacje ambulatoryjne i telemedyczne oraz wizyty domowe,
 - b) badania diagnostyczne,
 - c) leczenie ambulatoryjne,
 - d) produkty lecznicze i wyroby medyczne,
 - e) hospitalizacja i operacje chirurgiczne,
 - f) transport z miejsca wypadku ubezpieczeniowego do szpitala lub ambulatorium,
 - g) rehabilitacja,
 - h) zakwaterowanie ubezpieczonego w okresie rehabilitacji w miejscowości, w której przeprowadzana jest rehabilitacja, jeżeli ośrodek rehabilitacyjny zlokalizowany jest w odległości większej niż 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego,
 - i) zakwaterowanie osoby bliższej ubezpieczonego, w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego po wypadku ubezpieczeniowym w szpitalu zlokalizowanym w odległości większej niż 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego;
- 16) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie inne niż hospitalizacja;
- 17) **napad padaczki** – nagłe zaburzenia czynności bioelektrycznej mózgu;
- 18) **następstwa wypadku ubezpieczeniowego** – uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć;
- 19) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego

- ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- 20) **nowotwór złośliwy** – potwierdzony badaniem histopatologicznym, niekontrolowany rozrost komórek nowotworowych, cechujących się zdolnością do naciekania i niszczenia tkanek oraz tworzenia odległych przerzutów; w rozumieniu OWU nowotworem złośliwym jest także nowotwór ze zmianami przerzutowymi, gdy nie pobrano materiału do badania histopatologicznego, ale obraz kliniczny i badania diagnostyczne jednoznacznie wskazują na złośliwy proces nowotworowy;
 - 21) **odmrożenie** – uszkodzenie skóry lub tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
 - 22) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU;
 - 23) **omdlenie** – nagła, przejściowa i samoistnie ustępująca utrata przytomności;
 - 24) **oparzenie** – uszkodzenie skóry i tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
 - 25) **operacja chirurgiczna** – zabieg wykonany w placówce medycznej, w znieczuleniu, niezbędny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, powstałych w następstwie wypadku ubezpieczeniowego;
 - 26) **państwo znajdujące się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, stanem wojennym lub stanem wyjątkowym** – państwo, przed wyjazdem do którego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia Ministerstwo Spraw Zagranicznych RP, na swojej oficjalnej stronie internetowej, odradza podróże, które nie są konieczne lub odradza wszelkie podróże, z powodu zagrożenia aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym;
 - 27) **placówka medyczna** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej;
 - 28) **placówka szkolna** – żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, liceum ogólnokształcące, liceum zawodowe, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa, zespół szkół, centrum kształcenia, dom dziecka, szkoły sportowe wszystkich szczebli, szkoła policealna, szkoła wyższa lub inne placówki, które zajmują się opieką nad dzieckiem;
 - 29) **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 od 3. doby po dacie wypadku ubezpieczeniowego i trwająca nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
 - b) operacja chirurgiczna wykonana w ciągu 7 dni od przyjęcia do szpitala, z wyłączeniem operacji wykonanych wyłącznie w celu diagnostycznym,
 - c) trwały deficyt neurologiczny w związku z uszkodzeniem mózgu, rdzenia kręgowego lub korzeni nerwowych,
 - d) trwałe pogorszenie ostrości wzroku lub trwałe ograniczenie pola widzenia w co najmniej jednym oku,
 - e) trwałe pogorszenie ostrości słuchu w co najmniej jednym uchu,
 - f) częściowa utrata kończyny,
 - g) częściowa utrata narządu wewnętrznego;
 - 30) **poważne zachorowanie** – wystąpienie u ubezpieczonego jednej z chorób wymienionych w Tabeli nr 9 w § 23 ust. 2;
 - 31) **praca zarobkowa** – forma świadczenia pracy za wynagrodzeniem:
 - 1) w ramach:
 - a) umowy cywilnoprawnej 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;
 - 32) **pracownik placówki szkolnej** – pracownik dydaktyczny albo administracyjny, świadczący pracę zarobkową w placówce szkolnej;
 - 33) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne, zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą lub pogorszoną funkcję narządów (organów); wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
 - 34) **przedstawiciel ustawowy**:
 - a) osoba, której umocowanie do działania w imieniu osoby nieposiadającej zdolności do czynności prawnych lub posiadającej ograniczoną zdolność do czynności prawnych, wynika z przepisów prawa,
 - b) ojciec, matka lub opiekun prawny uczącego się ubezpieczonego dziecka w wieku od 18. do 25. roku życia;
 - 35) **Regulamin** – właściwe regulaminy świadczenia usług drogą elektroniczną;
 - 36) **rehabilitacja** – medyczne zabiegi fizjoterapeutyczne, wspomagające leczenie następstw wypadku ubezpieczeniowego, wykonywane przez osoby mające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia;
 - 37) **RP** – Rzeczpospolita Polska;
 - 38) **sepsa (posocznica)** – ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny, która doprowadziła do niewydolności narządów lub układów;
 - 39) **stan wyjątkowy** – stan nadzwyczajny państwa, którego wprowadzenie powoduje ograniczenie niektórych praw i swobód obywatelskich;
 - 40) **SOR** – szpitalny oddział ratunkowy;
 - 41) **szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; w rozumieniu OWU szpitalem nie jest: dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek sanatoryjny lub uzdrowiskowy, prewentorium, szpital sanatoryjny, chyba że hospitalizacja jest związana z leczeniem następstw wypadku ubezpieczeniowego;
 - 42) **śpiączka** – stan zaistniały wskutek wypadku ubezpieczeniowego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 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;
 - 43) **trwałe uszkodzenie ciała** – całkowita utrata organów lub narządów, lub całkowita utrata ich funkcji – organy i narządy wymienione w Tabeli nr 4 w § 10 ust. 7;

- 44) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące porażenie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia ubezpieczonego spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
- 45) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła umowę ubezpieczenia na rachunek własny lub na cudzy rachunek;
- 46) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarta została umowa ubezpieczenia, spośród osób wymienionych w lit. a–c:
a) dziecko,
b) pracownik placówki szkolnej,
c) przedstawiciel ustawowy;
- 47) **umowa direct** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość drogą elektroniczną z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa (umowa zawarta za pośrednictwem Internetu);
- 48) **umowa na odległość** – umowa ubezpieczenia zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, za pośrednictwem infolinii PZU, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa (umowa zawarta za pośrednictwem telefonu);
- 49) **umowa ubezpieczenia indywidualnego** – umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek jednej osoby fizycznej wskazanej w dokumencie ubezpieczenia;
- 50) **umowa ubezpieczenia zbiorowego** – umowa ubezpieczenia, zawarta na rachunek określonej w umowie ubezpieczenia grupy lub grup osób fizycznych, obejmująca łącznie co najmniej 5 osób;
- 51) **uposażony** – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do odbioru należnego świadczenia z tytułu śmierci;
- 52) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie organu lub narządu spowodowane wypadkiem ubezpieczeniowym;
- 53) **wojna** – zorganizowany konflikt zbrojny między państwami, narodami lub grupami etnicznymi i społecznymi;
- 54) **wrodzona wada serca** – nieprawidłowość anatomiczna budowy serca istniejąca w chwili narodzin ubezpieczonego;
- 55) **wstrząśnienie mózgu** – pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następującą;
- 56) **wycieczka szkolna** – trwający co najmniej 2 dni wyjazd (z noclegiem) zorganizowany przez placówkę szkolną, do której uczęszcza albo w której zatrudniony jest ubezpieczony;
- 57) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany:
a) ruchem pojazdów na drodze, w którym ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca, z tym że „pojazd”, „droga”, „uczestnik ruchu” i „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym; pojazdem jest również tramwaj,
b) ruchem pojazdu kolejowego, w tym metra, w którym osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, brała udział jako pasażer albo członek załogi tego pojazdu,
c) eksploatacją pasażerskiego statku powietrznego koncesjonowanych linii lotniczych, który zaistniał od chwili, gdy jakkolwiek osoba weszła na jego pokład z zamiarem wykonania lotu, do chwili opuszczenia pokładu statku powietrznego przez wszystkie osoby znajdujące się na nim, a statek powietrzny został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji, albo statek powietrzny zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek powietrzny znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy;
- d) ruchem statku wodnego, w którym osoba, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia brała udział jako członek załogi bądź pasażer, a statek zatonął albo został uszkodzony lub nastąpiło zniszczenie jego konstrukcji albo statek zaginął i nie został odnaleziony, a urzędowe jego poszukiwania zostały odwołane lub statek znajduje się w miejscu, do którego dostęp nie jest możliwy;
- 58) **wypadek ubezpieczeniowy** – nieszczęśliwy wypadek, napad padaczki, omdlenie, zawał serca, krwotok śródczaszkowy, sepsa, poważne zachorowanie, ekspozycja zawodowa na materiał zakaźny; wypadkiem ubezpieczeniowym w przypadku diety szpitalnej z powodu choroby jest pobyt ubezpieczonego w szpitalu;
- 59) **zakażenie wirusowe po ekspozycji na materiał zakaźny** – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności HIV lub wirusem zapalenia wątroby HAV, HBV, HCV, HDV lub HEV w następstwie ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny potwierdzone wynikami badań serologicznych lub wirusologicznych;
- 60) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego;
- 61) **zawód medyczny** – diagnosta laboratoryjny, farmaceuta, fizjoterapeuta, lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, salowa, sanitariusz, technik dentystryczny, technik farmaceutyczny, technik elektroradiologii;
- 62) **złamanie kości** – urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, lub urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych:
a) otwarte – z przerwaniem ciągłości skóry przez odłam złamanej kości,
b) zamknięte – bez przerwania ciągłości skóry przez odłam złamanej kości;
- 63) **zwichnięcie stawu** – urazowe przemieszczenie się jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym.

ROZDZIAŁ II

CZAS OCHRONY ORAZ PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA – czyli co można ubezpieczyć i za co odpowiada PZU

§ 3

PZU ponosi odpowiedzialność z tytułu wypadków ubezpieczeniowych, które zaszły w okresie ubezpieczenia na terytorium RP i poza granicami RP.

§ 4

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia są następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub sam fakt wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do przedstawiciela ustawowego przedmiotem umowy ubezpieczenia jest śmierć przedstawiciela ustawowego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Przedstawiciel ustawowy może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w rozszerzonym zakresie, o którym mowa w § 11 pkt 10, pod warunkiem, że ochroną ubezpieczeniową w ramach danej umowy ubezpieczenia objęte zostanie także dziecko, którego jest przedstawicielem ustawowym.

§ 5

Na wniosek ubezpieczającego, za opłatą dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może być rozszerzona o następstwo nieszczęśliwego wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonymi aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym.

§ 6

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednym z trzech następujących wariantów:
 - w wariantcie I albo
 - w wariantcie II albo
 - w wariantcie II Bis.
- Rodzaje świadczeń i ich wysokość określone są w § 10.

§ 7

W każdym z wariantów, o których mowa w § 6 ust. 1, umowa ubezpieczenia może być zawarta:

- w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonym w § 10 albo
- w rozszerzonym zakresie ochrony ubezpieczeniowej określonym w § 11–25.

ŚWIADCZENIA W PODSTAWOWYM ZAKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

WARIANTY UBEZPIECZENIA

§ 8

Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości określonej w zawartej umowie ubezpieczenia, przy czym umowa ubezpieczenia może być zawarta w wariantcie I, w wariantcie II albo w wariantcie II Bis.

§ 9

- Umową ubezpieczenia zawartą w **wariantcie I** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w Tabeli nr 1:

Tabela nr 1

Świadczenia podstawowe w wariantcie I

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1.	z tytułu śmierci
2.	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej*
3.	z tytułu śmierci podczas wycieczki szkolnej*
4.	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
5.	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu
6.	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu podczas wycieczki szkolnej**
7.	z tytułu innych uszkodzeń ciała niż określone w niniejszej Tabeli, o których mowa w poz. 3b Tabeli nr 6
8.	z tytułu nagłego zatrucia gazami i produktami chemicznymi
9.	z tytułu porażenia prądem, piorunem
10.	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
11.	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością
12.	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

* świadczenie dodatkowe w stosunku do świadczenia określonego w poz. 1

** świadczenie dodatkowe w stosunku do świadczenia określonego w poz. 5

- Umową ubezpieczenia zawartą w **wariantcie II** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w Tabeli nr 2:

Tabela nr 2

Świadczenia podstawowe w wariantcie II

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1.	z tytułu śmierci
2.	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej*
3.	z tytułu śmierci podczas wycieczki szkolnej*
4.	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
5.	z tytułu trwałego uszkodzenia ciała
6.	podczas wycieczki szkolnej**: 1) z tytułu trwałego uszkodzenia ciała; 2) z tytułów określonych w poz. 7, 8, 12, 13 i 14 niniejszej Tabeli
7.	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca, krwotokiem śródczaszkowym lub poważnym uszkodzeniem ciała
8.	z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów
9.	z tytułu innych uszkodzeń ciała niż określone w niniejszej Tabeli, o których mowa w poz. 3a Tabeli nr 6
10.	z tytułu nagłego zatrucia gazami i produktami chemicznymi
11.	z tytułu porażenia prądem, piorunem
12.	z tytułu oparzeń lub odmrożeń
13.	z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu
14.	z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń
15.	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
16.	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością
17.	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

* świadczenie dodatkowe w stosunku do świadczenia określonego w poz. 1

** świadczenia dodatkowe w stosunku do świadczeń określonych w poz. 5, 7, 8, 12, 13 i 14

- Umową ubezpieczenia zawartą w **wariantcie II Bis** objęte są następujące świadczenia podstawowe określone w Tabeli nr 3:

Tabela nr 3

Świadczenia podstawowe w wariantcie II Bis

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
1.	z tytułu śmierci
2.	z tytułu śmierci na terenie placówki szkolnej*
3.	z tytułu śmierci podczas wycieczki szkolnej*
4.	z tytułu śmierci w następstwie sepsy
5.	z tytułu trwałego uszkodzenia ciała
6.	podczas wycieczki szkolnej**: 1) z tytułu trwałego uszkodzenia ciała; 2) z tytułów określonych w poz. 7, 8, 11, 12 i 13 niniejszej Tabeli
7.	z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca, krwotokiem śródczaszkowym lub poważnym uszkodzeniem ciała

Poz.	Rodzaje świadczeń podstawowych
8.	z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów
9.	z tytułu nagłego zatrucia gazami i produktami chemicznymi
10.	z tytułu porażenia prądem, piorunem
11.	z tytułu oparzeń lub odmrożeń
12.	z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu
13.	z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń
14.	z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych
15.	z tytułu zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością
16.	usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP

* świadczenie dodatkowe w stosunku do świadczenia określonego w poz. 1

** świadczenia dodatkowe w stosunku do świadczeń określonych w poz. 5, 7, 8, 11, 12 i 13

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH

§ 10

- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia; świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego na terenie placówki szkolnej** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia; świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego podczas wycieczki szkolnej** – przysługuje w wysokości 50% sumy ubezpieczenia; świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie sepsy** – przysługuje w wysokości 100% sumy ubezpieczenia; świadczenie przysługuje, jeżeli śmierć nastąpiła nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu** – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku; świadczenie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż 24 miesiące od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego; trwały uszczerbek na zdrowiu ustalany jest:
 - 1) maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie jednego wypadku ubezpieczeniowego;
 - 2) przez lekarza wskazanego przez PZU, w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU”, zatwierdzoną uchwałą Zarządu PZU i obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, stanowiącą załącznik do umowy ubezpieczenia;
 - 3) 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 z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu podczas wycieczki szkolnej** – przysługuje w wysokości 50% wartości świadczenia, o którym mowa w ust. 5; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 5.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała** – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia zgodnie z Tabelą nr 4.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała podczas wycieczki szkolnej** – przysługuje w wysokości 50% wartości świadczenia, o którym mowa w ust. 7; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 7.

Tabela nr 4
Świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała

Poz.	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1.	utrata kończyny górnej w stawie ramienno-łopatkowym lub na poziomie pomiędzy barkiem a łokciem	80
2.	utrata kończyny górnej w stawie łokciowym lub na poziomie pomiędzy łokciem a nadgarstkiem	60
3.	utrata kończyny górnej w nadgarstku lub na poziomie śródreżca ze wszystkimi palcami	50
4.	utrata palca ręki II, III, IV, V (całych trzech palców lub na poziomie paliczka podstawnego)	8 – za każdy palec
5.	utrata palca I ręki tzw. kciuka (całych dwóch palców lub na poziomie paliczka podstawnego)	22
6.	utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym lub na poziomie pomiędzy biodrem a kolanem	75
7.	utrata kończyny dolnej w stawie kolanowym lub na poziomie pomiędzy kolanem a stopą	60
8.	utrata stopy ze wszystkimi palcami	40
9.	utrata palca stopy II, III, IV, V (całych trzech palców lub na poziomie paliczka podstawnego)	3 – za każdy palec
10.	utrata palca I stopy tzw. palucha (całych dwóch palców lub na poziomie paliczka podstawnego)	15
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30

Poz.	Rodzaj trwałego uszkodzenia ciała	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	Całkowita utrata nosa	20
17.	Całkowita utrata zębów stałych	1 za każdy utracony ząb stały – w przypadku utraty do 9 zębów stałych; maksymalnie 10 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

9. Świadczenie z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nr 5.

10. Świadczenie z tytułu złamań kości lub zwichnięć stawów podczas wycieczki szkolnej – przysługuje w wysokości 50% wartości świadczenia, o którym mowa w ust. 9; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 9.

Tabela nr 5

Świadczenia z tytułu złamania kości lub zwichnięcia stawów – przysługuje:

1) zgodnie z Tabelą nr 5

Poz.	Rodzaj złamania kości lub zwichnięcia stawu	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1.	Złamanie jednej lub wielu kości sklepienia albo podstawy czaszki	5
2.	Złamanie jednej lub wielu kości twarzoczaszki	4
3.	Złamanie łopatki, obojczyka lub mostka	4,5 za każdą kość
4.	Złamanie żebra	2 za każde złamane żebro – w przypadku złamania do 9 żeber; maksymalnie 20 za wszystkie złamane żebra (w przypadku złamania powyżej 9 żeber)

Poz.	Rodzaj złamania kości lub zwichnięcia stawu	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
5.	Złamanie kości ramiennej: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	5 7
6.	Zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego	3
7.	Złamanie jednej lub obu kości przedramienia: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	2 4
8.	Zwichnięcie w obrębie stawu łokciowego	3
9.	Złamanie jednej lub wielu kości śródręcza albo nadgarstka: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	1 3
10.	Złamanie kości palca ręki II, III, IV lub V a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	1 za każdy palec 2 za każdy palec
11.	Zwichnięcie palca ręki II, III, IV lub V	2 za każdy palec
12.	Złamanie kości palca I ręki tzw. kciuka a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	1 3
13.	Zwichnięcie palca I ręki tzw. kciuka	2
14.	Złamanie jednej lub wielu kości miednicy niestabilne	10
15.	Złamanie jednej lub wielu kości miednicy stabilne	4,5
16.	Zwichnięcie stawu biodrowego	10
17.	Złamanie kości udowej	10
18.	Złamanie jednej lub obu kości podudzia	7
19.	Złamanie rzepki	4
20.	Zwichnięcie stawu kolanowego – z wyłączeniem zwichnięcia rzepki	5
21.	Złamanie jednej lub wielu kości śródstopia lub stępu: a) jedno lub wielomiejscowe (inne niż otwarte), b) jedno lub wielomiejscowe otwarte.	2 4
22.	Złamanie kości palca I stopy tzw. palucha	2,5
23.	Złamanie kości palca stopy II, III, IV lub V	2 za każdy palec
24.	Zwichnięcie stawu skokowego	4

Poz.	Rodzaj złamania kości lub zwichnięcia stawu	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
25.	Złamanie kręgu w obrębie trzonu lub łuku kręgowego w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym lub krzyżowym kręgosłupa	11 za każdy krąg
26.	Złamanie kręgu w obrębie wyrostków poprzecznych lub kolczystych w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym lub krzyżowym kręgosłupa	2,5 za każdy krąg
27.	Złamanie kości guzicznej	3,5
28.	Złamanie korony lub korzenia 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) w przypadku leczenia operacyjnego złamania albo zwichnięcia wymienionego w Tabeli nr 5, ubezpieczonemu przysługuje, oprócz świadczenia wynikającego z Tabeli nr 5, dodatkowo świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia za każdy operowany narząd; przy czym, jeśli organy operowane są podczas jednego zabiegu operacyjnego to świadczenie przysługuje tylko jeden raz; przez operowany narząd należy rozumieć narząd wymieniony w poszczególnych pozycjach Tabeli nr 5.

11. Jednorazowe świadczenie z tytułu innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7 i 8:

- określa się w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia zgodnie z Tabelą nr 6 i przysługuje:
 - w wariantcie I – wyłącznie wówczas, gdy nie występuje trwałe uszkodzenie na zdrowiu,
 - w wariantcie II – w zakresie wskazanym w poz. 1 albo poz. 2, albo poz. 3a Tabeli nr 6,
 - w wariantcie II Bis – w zakresie wskazanym w poz. 1 albo poz. 2 Tabeli nr 6;

Tabela nr 6

Następstwa wypadków ubezpieczeniowych inne niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7 i 8

Poz.	Rodzaj następstwa	Warunek	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia		
			Wariant I	Wariant II	Wariant II Bis
1.	Nagłe zatrucie gazami, substancjami i produktami chemicznymi	hospitalizacja	1	5	5
2.	Porażenie prądem, piorunem	hospitalizacja	1	5	5

Poz.	Rodzaj następstwa	Warunek	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia		
			Wariant I	Wariant II	Wariant II Bis
3a.	urazu ciała, które nie figuruje w żadnej z Tabel i nie daje się zakwalifikować jako poważne uszkodzenie ciała (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej)	interwencja lekarska w placówce medycznej (potwierdzona w dokumentacji medycznej)	nie dotyczy	0,5	nie dotyczy
3b.	w wyniku których nie powstał trwały uszczerbek na zdrowiu (0% trwałego uszczerbku)		0,5	nie dotyczy	nie dotyczy

2) w przypadku, gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia można zakwalifikować do dwóch lub trzech pozycji w Tabeli nr 6, świadczenie przysługuje tylko z jednej korzystniejszej dla ubezpieczonego pozycji.

12. Świadczenie z tytułu oparzeń lub odmrożeń – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nr 7.

13. Świadczenie z tytułu oparzeń lub odmrożeń podczas wycieczki szkolnej – przysługuje w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 12; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 12.

Tabela nr 7

Świadczenia z tytułu oparzenia lub odmrożenia

Poz.	Rodzaj i rozległość oparzenia bądź odmrożenia	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
1.	Oparzenie wyłącznie II stopnia do 1% powierzchni ciała	1,5
2.	Oparzenie wyłącznie II stopnia powyżej 1% do 15% powierzchni ciała	4
3.	Oparzenie wyłącznie II stopnia obejmujące powyżej 15% do 30% powierzchni ciała	7
4.	Oparzenie wyłącznie II stopnia powyżej 30% powierzchni ciała	20
5.	Oparzenie wyłącznie III stopnia obejmujące do 5% powierzchni ciała	4

Poz.	Rodzaj i rozległość oparzenia bądź odmrożenia	% sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia
6.	Oparzenie III stopnia lub II/III stopnia obejmujące od 5% do 10% powierzchni ciała	10
7.	Oparzenie III stopnia obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	20
8.	Oparzenie dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	20
9.	Odmrożenie II lub wyższego stopnia – jednego palca ręki lub jednego palca stopy	1,5
10.	Odmrożenie II lub wyższego stopnia – dwóch lub więcej palców ręki, lub dwóch, lub więcej palców stopy, lub odmrożenie nosa, lub odmrożenie ucha	4

14. Świadczenie z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu – przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nr 8, jeżeli ubezpieczony był hospitalizowany w związku z wstrząśnieniem mózgu lub podejrzeniem wstrząśnienia mózgu.

15. Świadczenie z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu podczas wycieczki szkolnej – przysługuje w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 14; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 14.

Tabela nr 8

Świadczenia z tytułu wstrząśnienia lub podejrzenia wstrząśnienia mózgu

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

16. Jednorazowe świadczenie z tytułu pogryzienia, pokąsania lub ukąszenia – przysługuje w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony w związku z pogryzieniem, pokąsaniem lub ukąszeniem wymagał pomocy SOR albo był hospitalizowany.

17. Świadczenie z tytułu pogryzienia, pokąsania lub ukąszenia podczas wycieczki szkolnej – przysługuje w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w ust. 16; świadczenie to wypłacane jest dodatkowo oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 16.

19. Zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz kosztów odbudowy stomatologicznej zębów stałych – 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.

20. Zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób z niepełnosprawnością – przysługuje w wysokości do 25% sumy ubezpieczenia, jeżeli konieczność poniesienia tych kosztów powstała w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

21. Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP
Usługi assistance wymienione w pkt 1–4, świadczone są przez Centrum Pomocy na terytorium RP w związku z zajściem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia. W zależności od zaistniałego wypadku ubezpieczeniowego, na wniosek ubezpieczonego lub osoby działającej w jego imieniu, PZU organizuje i pokrywa koszty następujących usług assistance:

1) Pomoc medyczna

PZU 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) konsultacja z lekarzem – PZU organizuje oraz pokrywa koszty jednej konsultacji lekarskiej z lekarzem wskazanym przez PZU; PZU nie pokrywa kosztów dodatkowych badań diagnostycznych zleconych podczas konsultacji z lekarzem; konsultacja może się odbyć jako:

- konsultacja stacjonarna w placówce medycznej albo konsultacja podczas wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, która obejmuje: wywiad, badanie przedmiotowe, diagnozę, skierowanie na badania dodatkowe i konsultację w celu postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej lub monitorowania leczenia, zalecenia albo

- porada telemedyczna w formie konsultacji telefonicznej wykonywanej na odległość przy pomocy przekazu, który jest w całości nadawany, odbierany lub transmitowany za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, która obejmuje: wywiad, diagnozę, skierowanie na badania dodatkowe i konsultację w celu postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej lub monitorowania leczenia, zalecenia,

b) wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego – jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego wymaga wizyty pielęgniarki w jego miejscu pobytu, PZU organizuje oraz pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu ubezpieczonego i jej honorarium; usługa ta obejmuje zabiegi lecznicze zalecone przez lekarza leczącego ubezpieczonego,

c) transport – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu ubezpieczonego:

- jednego transportu ubezpieczonego bezpośrednio po wypadku 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,

- jednego transportu ubezpieczonego z placówki medycznej do miejsca pobytu ubezpieczonego po udzieleniu pomocy medycznej bezpośrednio po wypadku, gdy zgodnie z zaleceniem lekarza leczącego ubezpieczonego, ubezpieczony nie powinien korzystać z własnego środka transportu lub publicznych środków transportu lokalnego;

2) **Pomoc rehabilitacyjna i pielęgnacyjna**

PZU zapewnia:

- organizację rehabilitacji** – jeżeli lekarz leczący ubezpieczonego zalecił zabiegi rehabilitacyjne, PZU 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,

- dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego drobnego sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego lub medycznego w domu, PZU organizuje i pokrywa koszty usługi informacyjnej dotyczącej punktów handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; ponadto PZU 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,

- dostarczenie do miejsca pobytu ubezpieczonego leków przepisanych przez lekarza** – jeżeli ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem lekarza go leczącego musi przebywać w domu, PZU 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 organizuje i pokrywa koszty dostarczenia wskazanych przez ubezpieczonego leków dostępnych bez recepty; usługa realizowana jest maksymalnie do kwoty 300 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy, przy czym koszty leków pokrywa ubezpieczony; leki wydawane na receptę dostarczane są pod warunkiem przekazania przez ubezpieczonego prawidłowo wystawionej e-recepty na dany lek, tj. jej kodu oraz numeru PESEL ubezpieczonego,

- domową opiekę pielęgniarstwa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony w następstwie wypadku ubezpieczeniowego jest hospitalizowany powyżej 2 dni, PZU organizuje i pokrywa koszty pomocy pielęgniarstwa w miejscu pobytu ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji (koszt dojazdu pielęgniarstwa i jej honorarium); 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 wypadku ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością PZU ubezpieczony zgłasza potrzebę

skorzystania z pomocy psychologa, PZU organizuje ubezpieczonemu i pokrywa koszty konsultacji psychologa w liczbie porad zaleconych przez psychologa podczas pierwszej, tak zorganizowanej konsultacji, maksymalnie do kwoty 2 000 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy; jeżeli wskutek wypadku ubezpieczeniowego nastąpi zgon ubezpieczonego, pomoc psychologa, o której mowa wyżej, przysługuje współmałżonkowi, dzieciom i rodzicom ubezpieczonego; PZU organizuje i pokrywa koszty konsultacji takiej osoby u psychologa w liczbie porad zaleconej przez psychologa podczas pierwszej, tak zorganizowanej konsultacji, maksymalnie do kwoty 2 000 zł na każdą osobę;

4) **Lekcje prywatne dla uczniów szkół podstawowych oraz szkół średnich, 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 5 dni, w których odbywają się zajęcia szkolne, licząc od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, PZU organizuje i pokrywa koszty indywidualnych korepetycji z wybranych przedmiotów wchodzących w zakres programu nauczania szkoły, do kwoty 1 200 zł na każdy wypadek ubezpieczeniowy.

ŚWIADCZENIA W ROZSZERZONYM ZAKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

§ 11

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

- zwrot kosztów leczenia** – w tym kosztów rehabilitacji, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- ryczałt za okres czasowej niezdolności do nauki albo pracy** – za jeden dzień niezdolności w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- dieta szpitalna w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – za jeden dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- dieta szpitalna z powodu choroby** – za jeden dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- zwrot kosztów dostosowania mieszkania** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, powstałego w następstwie wypadku ubezpieczeniowego;
- jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- świadczenie w przypadku zgonu ubezpieczonego spowodowanego nowotworem złośliwym** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- świadczenie w przypadku zgonu dziecka z powodu wrodzonej wady serca** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- jednorazowe świadczenie w przypadku amputacji kończyn lub części kończyn spowodowanej nowotworem złośliwym u dziecka** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;

- 11) **świadczenie z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- 12) **świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- 13) **jednorazowe świadczenie za zakażenie wirusowe po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia;
- 14) **zwrot kosztów leczenia po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny** – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

ZASADY PRYZNANAWANIA ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH WYMNIENIONYCH W § 11

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA

§ 12

1. Koszty leczenia, w tym rehabilitacji, podlegają zwrotowi, jeżeli zostały poniesione w związku z leczeniem:
 - 1) następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałych wskutek napadu padaczki albo omdlenia;
 - 3) zawału serca;
 - 4) krwotoku śródczaszkowego;
 - 5) następstw nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje takie następstwa wypadku ubezpieczeniowego.
2. Koszty leczenia podlegają zwrotowi jeżeli były uzasadnione z medycznego punktu widzenia, a konieczność ich poniesienia powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia zdarzeń, o których mowa w ust. 1.
3. Zwrot kosztów leczenia, następuje na podstawie rachunków i dowodów ich zapłaty, maksymalnie jednak do wysokości limitu ustalonego w umowie ubezpieczenia na jeden wypadek ubezpieczeniowy.
Zwrot kosztów leczenia następuje niezależnie od przyznania świadczenia z tytułu wypadku ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1.
4. W ramach limitu, o którym mowa w ust. 3, pokrywane są także koszty:
 - 1) zakwaterowania ubezpieczonego w okresie rehabilitacji w miejscowości, w której przeprowadzana jest rehabilitacja, jeżeli ośrodek rehabilitacyjny zlokalizowany jest w odległości większej niż 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego – do wysokości 150 zł za dobę i maksymalnie za 10 dób;
 - 2) zakwaterowania osoby bliskiej ubezpieczonego, w przypadku hospitalizacji ubezpieczonego po wypadku ubezpieczeniowym w szpitalu zlokalizowanym w odległości większej niż 100 km od miejsca zamieszkania ubezpieczonego – do wysokości 150 zł za dobę i maksymalnie za 10 dób.

RYCZAŁT ZA OKRES CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO NAUKI ALBO PRACY

§ 13

1. Ubezpieczonemu dziecku uczącemu się w szkole przysługuje ryczałt za okres czasowej niezdolności do nauki albo za

- okres niezdolności do pracy zarobkowej w przypadku ubezpieczonego pracownika placówki szkolnej w związku z:
- 1) następstwami nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeniami ciała powstałymi wskutek napadu padaczki albo omdlenia;
 - 3) zawałem serca;
 - 4) krwotokiem śródczaszkowym;
 - 5) następstwami nieszczęśliwego wypadku powstałego na skutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje takie następstwa wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ryczałt wypłacany jest za każdy dzień niezdolności, jeśli niezdolność do nauki albo pracy trwa nieprzerwanie dłużej niż 14 dni.
 3. Ryczałt wypłacany jest maksymalnie za okres 180 dni z tytułu jednego i wszystkich wypadków ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ubezpieczenia.
 4. Ryczałt przysługuje, jeżeli niezdolność do nauki albo pracy powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Ryczałt może być wypłacany na podstawie:
 - 1) zaświadczenia wystawionego przez lekarza leczącego ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa albo
 - 2) opinii wydanej przez lekarza wskazanego przez PZU, albo
 - 3) w przypadku małoletnich ubezpieczonych w razie niezdolności do nauki trwającej nie dłużej niż 30 dni – oświadczenia przedstawiciela ustawowego.

DIETA SZPITALNA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 14

1. Z zastrzeżeniem ust. 3, ubezpieczonemu przysługuje dieta szpitalna za każdy dzień hospitalizacji w następie:
 - 1) nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) obrażeń ciała powstałymi wskutek napadu padaczki albo omdlenia;
 - 3) zawału serca;
 - 4) krwotoku śródczaszkowego;
 - 5) nieszczęśliwego wypadku wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje takie następstwa wypadku ubezpieczeniowego.
2. Dieta szpitalna przysługuje ubezpieczonemu, jeżeli konieczność hospitalizacji powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.
3. Dieta przysługuje maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 3 dni.
4. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1. dnia hospitalizacji ubezpieczonego.
5. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.
6. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia, pobyt w szpitalu jest objęty ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

DIETA SZPITALNA Z POWODU CHOROBY

§ 15

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, dieta szpitalna przysługuje ubezpieczonemu za każdy dzień jego hospitalizacji z powodu choroby, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.
2. Dieta szpitalna wypłacana jest od 1. dnia hospitalizacji ubezpieczonego pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 6 dni, i wypłacana jest maksymalnie przez okres 60 dni z tytułu jednego i wszystkich hospitalizacji z powodu chorób zdiagnozowanych w okresie ubezpieczenia.
3. Dieta szpitalna wypłacana jest na podstawie wystawionej przez szpital karty informacyjnej potwierdzającej hospitalizację ubezpieczonego.
4. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością PZU pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

ZWROT KOSZTÓW DOSTOSOWANIA MIESZKANIA

§ 16

1. Zwrot tych kosztów przysługuje, jeśli w następstwie wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony dozna 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu albo 100% trwałego uszkodzenia ciała i w związku z tym jazdę konieczność dostosowania jego miejsca zamieszkania do powstałego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1, przysługuje, jeżeli konieczność dostosowania miejsca zamieszkania powstała nie później niż w okresie 24 miesięcy liczonych od dnia ustalenia trwałego uszczerbku na zdrowiu lub trwałego uszkodzenia ciała.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA SEPSY

§ 17

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia u niego sepsy.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że sepsa wystąpiła w okresie ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEGO NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

§ 18

1. Świadczenie to wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wpłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU karty zgonu zawierającej stwierdzenie przyczyny zgonu.

ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU DZIECKA Z POWODU WRODZONEJ WADY SERCA

§ 19

1. Świadczenie to wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wpłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU AMPUTACJI KOŃCZYNY LUB CZĘŚCI KOŃCZYNY SPOWODOWANEJ NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM U DZIECKA

§ 20

1. Świadczenie to przysługuje ubezpieczonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że amputacja kończyny lub części kończyny ubezpieczonego powstała w okresie ubezpieczenia.
3. Wpłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU dokumentacji medycznej niezbędnej do stwierdzenia tego stanu chorobowego i przyczyny amputacji.

ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ŚMIERCI PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 21

1. Świadczenie w przypadku śmierci przedstawiciela ustawowego dziecka – wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć przedstawiciela ustawowego nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia, a śmierć nastąpiła w okresie 24 miesięcy od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
3. Wpłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 22

1. Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego wypłacane jest uposażonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie ubezpieczenia.
3. Wpłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie dostarczonej do PZU karty zgonu zawierającej określenie przyczyny zgonu.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 23

1. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania przysługuje ubezpieczonemu w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem zdiagnozowania u ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia jednej z chorób wymienionych w Tabeli nr 9.

Tabela nr 9

	Pracownik placówki	Dziecko
Choroba Parkinsona	Choroba Parkinsona – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana zanikiem komórek nerwowych mających znaczenie dla funkcji ruchowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Parkinsona, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała wystąpienie co najmniej dwóch z trzech, poniższych objawów neurologicznych: 1) drżenie spoczynkowe; 2) spowolnienie ruchowe; 3) zwiększone napięcie mięśni.	nie dotyczy
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	Choroba Creutzfeldta-Jakoba – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba – neurodegeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego wywołana przez priony. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Creutzfeldta-Jakoba, która została rozpoznana przez lekarza neurologa i która spowodowała otępienie i zaburzenia funkcji ruchu.
HIV	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałe w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, które jest potwierdzone złożonymi dowodami. Nasza ochrona nie obejmuje zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilię.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji – zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności, powstałe w związku z transfuzją krwi lub preparatów krwiopochodnych. Odpowiadamy wyłącznie za zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, które jest potwierdzone złożonymi dowodami. Nasza ochrona nie obejmuje zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji, jeżeli przed początkiem ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano hemofilię.
Niewydolność nerek	Przewlekła niewydolność nerek – trwałe upośledzenie czynności obu nerek lub jednej nerki. Odpowiadamy za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieodwracalna i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki.	Przewlekła niewydolność nerek – trwałe upośledzenie czynności obu nerek lub jednej nerki. Odpowiadamy za taką przewlekłą niewydolność nerek, która jest nieodwracalna i w przebiegu której zastosowano stałą dializoterapię lub wykonano przeszczep nerki.
Oponiak	Oponiak – nowotwór ośrodkowego układu nerwowego wywodzący się z opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takiego oponiaka, którego rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.	Oponiak – nowotwór ośrodkowego układu nerwowego wywodzący się z opon mózgowo-rdzeniowych. Odpowiadamy wyłącznie za takiego oponiaka, którego rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne lub badanie obrazowe mózgu.
Udar mózgu	Udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które spowodowało trwały ubytek neurologiczny. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, w którym: 1) badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub udar mózgu był leczony trombolitycznie oraz 2) badanie neurologiczne, przeprowadzone 3 miesiące po wystąpieniu udaru mózgu, potwierdziło utrzymywanie się w związku z tym udarem ubytku neurologicznego. Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.	Udar mózgu bez trwałego ubytku neurologicznego – nagłe ogniskowe lub uogólnione zaburzenie czynności mózgu spowodowane wyłącznie zamknięciem światła naczynia mózgowego lub przerwaniem ciągłości jego ściany, które nie spowodowało trwałego ubytku neurologicznego. Odpowiadamy wyłącznie za taki udar mózgu, w którym badania obrazowe mózgu jednoznacznie potwierdziły świeże zmiany naczyniopochodne lub który był leczony trombolitycznie. Nasza ochrona nie obejmuje przemijającego napadu niedokrwienia mózgu (tzw. TIA) oraz takiego udaru mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyniowa lub powstał wskutek urazu.

	Pracownik placówki	Dziecko
Utrata wzroku	Całkowita utrata wzroku w obu oczach – nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obydwu oczach, powodująca obustronne obniżenie ostrości widzenia poniżej 0,1 (5/50) mierzonej po korekcji optycznej lub zmniejszenie pola widzenia poniżej 20 stopni. Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę wzroku w obydwu oczach, która jest spowodowana chorobą.	Całkowita utrata wzroku w co najmniej jednym oku – nieodwracalna utratą zdolności widzenia. Odpowiadamy wyłącznie za utratę wzroku z powodu choroby, w której ostrość widzenia w oku objętym chorobą po korekcji optycznej jest mniejsza niż 0,1 (5/50) lub pole widzenia jest mniejsze niż 20 stopni.
Utrata słuchu	Całkowita utrata słuchu w obu uszach – nieodwracalna utrata zdolności słyszenia w obydwu uszach, powodująca obustronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy).	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu – nieodwracalna utrata zdolności słyszenia w jednym uchu, powodująca jednostronny ubytek słuchu o wartości co najmniej 90dB (obliczony jako uśredniona wartość dla dźwięków pasma mowy). Odpowiadamy wyłącznie za taką utratę słuchu w jednym uchu, która jest spowodowana chorobą.
Utrata mowy	Całkowita utrata mowy – trwała i nieodwracalna utrata zdolności do wytwarzania dźwięków mowy i artykułowania zrozumiałego języka. Odpowiadamy wyłącznie za taką całkowitą utratę mowy, która jest spowodowana chorobą krtani i nie może być przywrócona nawet częściowo, przy zastosowaniu jakiegokolwiek metody.	nie dotyczy
Cukrzyca typu 1	nie dotyczy	Cukrzyca typu 1 – choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym wymagająca stałego leczenia insuliną. Odpowiadamy wyłącznie za taką cukrzycę typu I, w której konieczność stałego stosowania insuliny potwierdza lekarz diabetolog.
Bąblowica	Bąblowica – choroba zakaźna spowodowana przez tasiemica bąblowcowego. Odpowiadamy wyłącznie za bąblowicę z zajęciem wątroby lub mózgu. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.	Bąblowica – choroba zakaźna spowodowana przez tasiemica bąblowcowego. Odpowiadamy wyłącznie za bąblowicę z zajęciem wątroby lub mózgu. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Wścieklizna	Wścieklizna – choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, w przebiegu której wystąpiły objawy zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, i która wymagała hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.	Wścieklizna – choroba zakaźna wywołana wirusem wścieklizny lub wirusami pokrewnymi. Odpowiadamy wyłącznie za taką wściekliznę, w przebiegu której wystąpiły objawy zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego, i która wymagała hospitalizacji, a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
Neuroborelioza	Neuroborelioza – choroba zakaźna, spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegająca z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych: 1) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego; 2) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; 3) zapalenie nerwu czaszkowego; 4) zapalenie wielokorzeniowe. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.	Neuroborelioza – choroba zakaźna, spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegająca z zajęciem układu nerwowego. Odpowiadamy wyłącznie za taką neuroboreliozę, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych: 1) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego; 2) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; 3) zapalenie nerwu czaszkowego; 4) zapalenie wielokorzeniowe. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

	Pracownik placówki	Dziecko
Toczeń	nie dotyczy	Toczeń rumieniowaty układowy – choroba autoimmunologiczna, przebiegająca z zajęciem skóry i narządów wewnętrznych. Odpowiadamy wyłącznie za taki toczень rumieniowaty układowy, który został ostatecznie rozpoznany przez lekarza reumatologa i w którego przebiegu doszło do zajęcia jednego z trzech poniższych narządów lub układów: 1) nerki; 2) serce; 3) układ nerwowy.
Choroba Leśniowskiego-Crohna	nie dotyczy	Choroba Leśniowskiego-Crohna – przewlekłe, nieswoiste zapalenie ściany jelita. Odpowiadamy wyłącznie za taką chorobę Leśniowskiego-Crohna, którą potwierdza badanie histopatologiczne, i w przebiegu której doszło do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita.
Stwardnienie rozsiane	Stwardnienie rozsiane – choroba ośrodkowego układu nerwowego z obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozсіanych zmian demielinizacyjnych. Odpowiadamy wyłącznie za takie stwardnienie rozsiane, które zostało ostatecznie rozpoznane przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego, potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozsianie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym.	nie dotyczy
Pocovidowy zespół PIMS-TS	nie dotyczy	Pocovidowy zespół PIMS-TS (ang. pediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2) – wieloukładowy zespół zapalny występujący u dzieci w następstwie zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Odpowiadamy wyłącznie za taki zespół PIMS-TS, który wymagał hospitalizacji i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.

JEDNORAZOWE ŚWIADCZENIE ZA ZAKAŻENIE WIRUSOWE PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŻNY

§ 24

1. Jednorazowe świadczenie za zakażenie wirusowe po ekspozycji zawodowej na materiał zakażny przysługuje ubezpieczonemu, który wykonuje zawód medyczny bądź jest uczniem szkoły medycznej, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest pod warunkiem, że zakażenie wirusowe zostało zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA POWSTAŁYCH PO EKSPOZYCJI ZAWODOWEJ NA MATERIAŁ ZAKAŻNY

§ 25

Koszty postępowania diagnostyczno-leczniczego po ekspozycji zawodowej na materiał zakażny obejmują:

- 1) konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne w celu stwierdzenia zakażenia ludzkim wirusem niedoboru

odporności HIV lub wirusem zapalenia wątroby HAV, HBV, HCV, HDV lub HEV oraz

- 2) profilaktykę poekspozycyjną i leczenie zakażenia ludzkim wirusem niedoboru odporności HIV lub wirusem zapalenia wątroby HAV, HBV, HCV, HDV lub HEV.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli jak ustalić sumę ubezpieczenia

§ 26

1. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności dla świadczeń podstawowych oraz włączonych do umowy ubezpieczenia świadczeń dodatkowych, ustalone są w umowie ubezpieczenia.
2. Sumy ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności określone są na każdy wypadek ubezpieczeniowy, chyba że OWU w odniesieniu do danego świadczenia stanowią inaczej.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający, za zgodą PZU, może zmienić sumę ubezpieczenia lub zakres ubezpieczenia.
4. Zmiana warunków ubezpieczenia, o których mowa w ust. 3, powoduje konieczność dokonania ponownej kalkulacji składki

na okres, w którym mają obowiązywać zmienione warunki ubezpieczenia.

5. W przypadku zmiany sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, PZU odpowiada w granicach zmienionej sumy ubezpieczenia lub zakresu ubezpieczenia, począwszy od dnia następnego po dniu złożenia przez PZU oświadczenia o wyrażeniu zgody na taką zmianę.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli za co PZU nie odpowiada

§ 27

1. PZU nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) nawykowe (nawrotowe) zwichnięcia stawów ubezpieczonego;
- 2) patologiczne, marszowe złamania kości ubezpieczonego.

2. Ponadto z odpowiedzialności PZU wyłączone są następstwa wypadków ubezpieczeniowych, jeżeli te wypadki wystąpiły:

- 1) gdy ubezpieczony był w stanie nietrzeźwości lub po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego;
- 2) w wyniku zatrucia ubezpieczonego spowodowanego nikotyną, spożyciem alkoholu lub użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych 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 lub samookaleczenia;
- 4) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa;
- 5) 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;
- 6) w wyniku wypadku powstałego wskutek aktów terroryzmu, działań wojennych, wojny lub stanu wyjątkowego, które wystąpiły na terytorium państwa znajdującego się w rejonie świata zagrożonym aktami terroryzmu, działaniami wojennymi, wojną lub stanem wyjątkowym, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej;
- 7) w wyniku wykonywania procedur medycznych, których zastosowanie ma wpływ na organizm ubezpieczonego, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że wykonywanie procedur medycznych dotyczyło bezpośrednich następstw wypadku ubezpieczeniowego;
- 8) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem silnikowym lub pojazdem innym niż silnikowy jeżeli ubezpieczony nie posiadał uprawnień do kierowania danym pojazdem, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku ubezpieczeniowego.

3. Ponadto PZU nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) następstwa chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, przy czym wyłączenie to nie dotyczy następstw obrażeń ciała powstałych wskutek napadu padaczki albo omdlenia,

zawału serca, krwotoku śródczaszkowego, sepsy, ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje następstwa tego wypadku ubezpieczeniowego;

- 2) fakt wystąpienia chorób lub stanów chorobowych, nawet takich, które występują nagle lub zostały ujawnione dopiero w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę zajścia nieszczęśliwego wypadku, przy czym wyłączenie to nie dotyczy faktu wystąpienia sepsy, wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny lub wystąpienia poważnego zachorowania, o ile umowa ubezpieczenia obejmuje sam fakt wystąpienia tego wypadku ubezpieczeniowego.

Jeżeli choroba lub stan chorobowy nieobjęty odpowiedzialnością PZU miał wpływ na zajście nieszczęśliwego wypadku, tj. przyczyną nieszczęśliwego wypadku jest zarówno choroba, jak i przyczyna zewnętrzna, odpowiedzialność PZU obejmuje uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć, które są następstwem przyczyny zewnętrznej, chyba że nie można ustalić, jakie uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są wyłącznie następstwem działania przyczyny zewnętrznej; w takim przypadku przyjmuje się, że uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem działania przyczyny zewnętrznej.

4. W przypadku świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania PZU nie ponosi odpowiedzialności za:

- 1) udar mózgu, który ma przyczynę inną niż naczyńiowa lub powstał wskutek urazu;
- 2) przemijający napad niedokrwienia mózgu (tzw. TIA);
- 3) nowotwór złośliwy:
 - a) oceniony w badaniu histopatologicznym jako łagodny, o granicznej złośliwości, potencjalnie małej złośliwości, o nieinwazyjnym lub przedinwazyjnym (tzw. in situ),
 - b) ze zmianami o cechach dysplazji,
 - c) ziarnicę złośliwą w pierwszym stadium,
 - d) każdy nowotwór złośliwy skóry, oprócz czerniaka skóry,
 - e) każdy nowotwór związany z AIDS i zakażeniem wirusem HIV.

5. W przypadku świadczenia z tytułu śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, PZU nie ponosi odpowiedzialności za śmierć ubezpieczonego jeśli przyczyną śmierci był jego udział w zawodach sportowych: lotniczych, motorowych lub motorowodnych.

6. W przypadku diety szpitalnej, PZU nie ponosi odpowiedzialności za hospitalizację ubezpieczonego:

- 1) z powodu choroby, która została rozpoznana przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową;
- 2) związaną z planowanym leczeniem choroby, która została rozpoznana w okresie ubezpieczenia.

7. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są usługi assistance, gdy zdarzenie stanowiące podstawę organizacji takiej usługi powstało w związku lub w następstwie okoliczności, o których mowa w ust. 2 pkt 6, chyba że odpowiedzialność PZU w tym zakresie została rozszerzona za zapłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej.

8. PZU nie ponosi odpowiedzialności za koszty usług assistance, które poniosł ubezpieczony bez zgody Centrum Pomocy. Nie dotyczy to sytuacji, gdy skontaktowanie się z Centrum Pomocy w sposób określony w § 39 ust. 5 nie było możliwe.

9. Odpowiedzialność PZU nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

10. Fakt znajdowania się w stanie nietrzeźwości lub fakt znajdowania się pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub

środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem, ocenia się według prawa państwa właściwego dla miejsca zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ III

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I CZAS JEJ TRWANIA

– czyli w jaki sposób i na jak długo można zawrzeć umowę ubezpieczenia

§ 28

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przy jednoczesnej obecności obu stron tej umowy albo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązków w tym zakresie przepisów prawa (umowa direct albo umowa na odległość).
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku ubezpieczającego zawierającego informacje niezbędne do dokonania oceny ryzyka i określenia należnej składki.
3. Warunkiem zawarcia umowy direct jest:
 - 1) uprzednie zapoznanie się z Regulaminem oraz OWU oraz ich zaakceptowanie przez ubezpieczającego;
 - 2) uprzednie potwierdzenie przez PZU przyjęcia wniosku ubezpieczającego;
 - 3) zapłata składki ubezpieczeniowej w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia.
4. Zawarcie umowy direct następuje z chwilą zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty.
5. Zawarcie umowy na odległość następuje z chwilą potwierdzenia przez PZU przyjęcia wniosku ubezpieczającego oraz po uprzednim zapoznaniu się z OWU oraz ich zaakceptowaniu przez ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU zapytuje w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązkiem ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
7. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 6. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach PZU niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
8. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 6 i 7 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
9. PZU nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 6–8 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 6–8 doszło z winy umysłowej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek ubezpieczeniowy przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 29

Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia.

§ 30

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PZU doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego lub

ubezpieczonego od treści złożonej przez ubezpieczającego oferty, PZU 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.

§ 31

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się jako umowę indywidualną albo umowę zbiorową z imiennym wskazaniem ubezpieczonych lub bez imiennego ich wskazania.
3. Przy zawarciu umowy ubezpieczenia z imiennym wskazaniem ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest dostarczyć do PZU imienny wykaz ubezpieczonych. W tym przypadku ubezpieczenie obejmuje tylko osoby wskazane w wykazie. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia zbiorowego przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość wykaz, o którym mowa powyżej, ubezpieczający jest zobowiązany przedstawić PZU w uzgodniony przez strony sposób.
4. Umowa ubezpieczenia zbiorowego może być zawarta bez imiennego wskazania ubezpieczonych tylko w przypadku objęcia ochroną wszystkich osób należących do określonej w tej umowie ubezpieczenia grupy osób.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia zbiorowego, ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości PZU imię, nazwisko i numer telefonu osoby prowadzącej wykaz.
6. O ile w umowie ubezpieczenia strony nie umówiły się inaczej, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia bez imiennego wskazania ubezpieczonych, ubezpieczeniem objęte są wszystkie osoby należące do określonej w umowie ubezpieczenia grupy osób bez potrzeby składania wniosków o objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób i zapłaty dodatkowej składki ubezpieczeniowej (w przypadku zmiany liczby osób należących do tej grupy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia).

§ 32

Odpowiedzialność PZU rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, chyba że umówiono się inaczej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

– czyli jak PZU ustala składkę ubezpieczeniową i jak można ją zapłacić

§ 33

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania odpowiedzialności PZU na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się z uwzględnieniem:
 - 1) rodzaju placówki szkolnej;
 - 2) sumy ubezpieczenia;
 - 3) limitu odpowiedzialności;
 - 4) okresu ubezpieczenia;
 - 5) wariantu ubezpieczenia;
 - 6) zakresu ubezpieczenia;
 - 7) kodu pocztowego placówki szkolnej lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

§ 34

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku umowy direct termin płatności składki ubezpieczeniowej ustala się na dzień przypadający najpóźniej przed dniem rozpoczęcia wskazanego w tej umowie okresu ubezpieczenia.
3. Na wniosek ubezpieczającego, dopuszcza się możliwość zapłaty składki ubezpieczeniowej w ratach. Terminy płatności poszczególnych rat składki ubezpieczeniowej ustala się od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Zapłata składki ubezpieczeniowej następuje w formie gotówkowej albo, w porozumieniu z PZU, w formie bezgotówkowej.
5. Jeżeli zapłata składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej dokonywana jest w formie bezgotówkowej, za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego PZU pełną kwotą składki ubezpieczeniowej albo raty składki ubezpieczeniowej.
6. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

§ 35

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

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA I USTANIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

– czyli kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa

§ 36

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w dokumencie ubezpieczenia;
 - 2) z dniem doręczenia PZU oświadczenia o odstąpieniu przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 37;
 - 3) z dniem doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku, o którym mowa w § 35;
 - 4) z dniem doręczenia ubezpieczającemu oświadczenia PZU o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy PZU ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty, a składka ubezpieczeniowa lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie;
 - 5) z upływem 7 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego doręczenia spowoduje ustanie odpowiedzialności;
 - 6) z dniem doręczenia PZU oświadczenia ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, o którym mowa w ust. 4;
 - 7) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia za porozumieniem stron;
 - 8) w stosunku do danego ubezpieczonego z chwilą jego śmierci.

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

4. Umowę ubezpieczenia ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć ze skutkiem natychmiastowym, składając oświadczenie w tym zakresie.

§ 37

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, składając oświadczenie w tym zakresie. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy PZU nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia składki za okres, w jakim PZU udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, w której ubezpieczający jest konsumentem, termin, w ciągu którego może on odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając pisemne oświadczenie w tym zakresie, wynosi 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie o odstąpieniu zostało wysłane.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

– czyli kiedy należy się zwrot składki

§ 38

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

ROZDZIAŁ IV

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

– czyli co należy zrobić, gdy zdarzy się wypadek ubezpieczeniowy

§ 39

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczony ma obowiązek:
 - 1) starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) zawiadomić PZU o zajściu wypadku ubezpieczeniowego i dostarczyć:
 - a) opis przyczyn i przebiegu wypadku ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentację medyczną, czyli dokumentację, która zawiera opis stanu zdrowia ubezpieczonego lub informacje o zrealizowanym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym, sporządzoną przez podmioty udzielające pomocy medycznej, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu tej pomocy; dokumentacja medyczna musi potwierdzać, że ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia na skutek wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia,

- c) rachunki i dowody zapłaty kosztów objętych zakresem ubezpieczenia,
 - d) dokument, który uprawnia do kierowania pojazdem, jeżeli ubezpieczony kierował pojazdem podczas wypadku,
 - e) potwierdzenie przez placówkę szkolną udziału ubezpieczonego w wycieczce szkolnej, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy miał miejsce podczas wycieczki szkolnej;
- 3) umożliwić PZU zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności określonych w dokumentach wymienionych w pkt 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali nad ubezpieczonym opiekę zarówno przed, jak i po wypadku.
2. Jeśli ubezpieczony umrze w następstwie wypadku ubezpieczeniowego uposażony ma obowiązek przedstawić PZU:
- 1) odpis aktu zgonu ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu lub dokumentację medyczną (jeśli jest uprawniony do otrzymania takich dokumentów), sporządzoną przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, osoby wykonujące zawód medyczny oraz inne osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń zdrowotnych; dokumentacja medyczna musi potwierdzać przyczynę zgonu ubezpieczonego oraz
 - 2) swój dokument tożsamości;
 - 3) potwierdzenie przez placówkę szkolną, że zgon nastąpił na terenie placówki szkolnej.
3. W przypadku braku uposażonego osoba wskazana w § 45 ust. 2, która występuje o wypłatę świadczenia, ma obowiązek przedłożyć dodatkowo dokumenty stanu cywilnego, które potwierdzają zawarcie małżeństwa lub pokrewieństwo z ubezpieczonym lub dokumenty, które potwierdzają sprawowanie opieki nad ubezpieczonym w dniu jego śmierci.
4. PZU zastrzega sobie prawo weryfikacji dostarczonych dowodów oraz zasięgania opinii lekarzy specjalistów.
5. Aby skorzystać z usług assistance, o których mowa w § 10 ust. 21, ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie, zawiadomić Centrum Pomocy o zajściu wypadku ubezpieczeniowego dzwoniąc pod numer Infolinii wskazany w polisie oraz podać:
- 1) imię, nazwisko i adres zamieszkania ubezpieczonego oraz imię i nazwisko lub nazwę ubezpieczającego;
 - 2) numer telefoniczny, pod którym Centrum Pomocy może skontaktować się z ubezpieczonym lub osobą działającą w jego imieniu;
 - 3) opis zdarzenia i rodzaj potrzebnej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Pomocy, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw.
6. Jeżeli ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z przyczyn niezależnych od siebie nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum Pomocy w sposób, o którym mowa w ust. 5, zobowiązana jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum Pomocy stało się możliwe, powiadomić o zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązana jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z Centrum Pomocy.
7. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z Centrum Pomocy, o której mowa w ust. 6, we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług assistance, o których mowa w § 10 ust. 21, PZU zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w OWU dla danej usługi assistance, a jeżeli limit ten nie został ustalony – maksymalnie do kwoty odpowiadającej średniej cenie wykonania tego typu usługi na terenie miejscowości, w której usługa ta została wykonana. Podstawą rozpatrzenia

zgłoszonego roszczenia jest złożenie przez ubezpieczonego dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia: dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście wypadku ubezpieczeniowego oraz imiennych rachunków i dowodów ich zapłaty.

8. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 6, PZU może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło PZU ustalenie okoliczności i skutków wypadku ubezpieczeniowego. Skutki braku zawiadomienia PZU o wypadku ubezpieczeniowym nie nastąpią, jeżeli PZU w terminie, o którym mowa w ust. 6, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

– czyli kiedy i w jaki sposób PZU wypłaca świadczenia

§ 40

1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń, w przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia są następstwa wypadku ubezpieczeniowego, ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym a objętym ochroną ubezpieczeniową następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz ustalenie objętego ochroną ubezpieczeniową następstwa wypadku ubezpieczeniowego lub ustalenie faktu wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, następuje na podstawie dostarczonej dokumentacji lub informacji wskazanych w § 39 ust. 1 oraz wyników badań lekarskich.
3. Na zlecenie oraz na koszt PZU ubezpieczony zobowiązany jest poddać się dodatkowym badaniom medycznym lub badaniu przez wskazanych przez PZU lekarzy, niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonych roszczeń.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU” zatwierdzonej uchwałą Zarządu PZU i obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest dostępna do wglądu w jednostkach organizacyjnych PZU oraz na stronach internetowych PZU.

§ 41

1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji, a w razie dłuższego leczenia najpóźniej w 24. miesiącu od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jeżeli zmiana ustalonego stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nastąpiła po upływie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego, nie daje to podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
2. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli w 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.
4. W związku z § 40 ust. 1 – w przypadku przyczynienia się do wypadku ubezpieczeniowego istniejącej wcześniej choroby

lub stanu chorobowego nieobjętego umową ubezpieczenia na rozmiar następstw wypadku – przysługujące z umowy świadczenia bilansowane są o wpływ tej choroby lub stanu chorobowego na rozmiar następstw wypadku ubezpieczeniowego.

5. 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.
6. Jeżeli ubezpieczony przed ustaleniem trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego poważnym uszkodzeniem ciała otrzymał świadczenie za uszkodzenie tego samego narządu z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8), to w przypadku gdy ustalenie trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarzy wskazanych przez PZU spowoduje ustalenie wyższego świadczenia, wówczas świadczenie przyznane z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8), zostanie zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a PZU wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem z tytułu trwałego uszczerbku a świadczeniami należnymi z innych tytułów (Tabela nr 4, 5, 7, 8).
7. Świadczenie z tytułu pogryzień, pokąsań, ukąszeń, o którym mowa w § 10 ust. 16, wypłacane jest niezależnie od świadczeń wypłacanych z innego tytułu.
8. Świadczenie przysługuje, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił nie później niż w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego.

§ 42

Jednorazowe świadczenie w przypadku braku trwałego uszczerbku na zdrowiu i wystąpienia innych następstw niż wymienione w Tabeli nr 4, 5, 7, 8, określone w Tabeli nr 6 przysługuje w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia, zgodnie z Tabelą nr 6 z zastrzeżeniem, że w wariancie I świadczenie to przysługuje wyłącznie wówczas, gdy nie występuje trwały uszczerbek na zdrowiu, a w wariancie II Bis świadczenie przysługuje wyłącznie z poz. nr 1 i poz. 2 Tabeli nr 6.

§ 43

Zwrot kosztów leczenia, o których mowa w § 12, poniesionych poza granicami RP następuje na terytorium RP w złotych według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalania odszkodowania.

§ 44

Jeżeli ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie kilku umów w zakresie ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych z PZU, 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.

§ 45

1. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w przypadku gdy ubezpieczony jest małoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu. Świadczenia wypłacane są wyłącznie w złotych.

2. Świadczenie z tytułu śmierci, o którym mowa w § 10 ust. 1, 2, 3, 4, § 18, § 19, § 21, § 22, wypłaca się uposażonemu, a w razie braku wskazania uposażonego – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:

- 1) małżonkowi;
- 2) dzieciom w częściach równych, w przypadku gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią ubezpieczonego – udział, jaki by przypadł temu dziecku, przypada pozostałym dzieciom w częściach równych;
- 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią ubezpieczonego, albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców;
- 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.

Wypłata świadczenia osobie lub osobom należącym do wyższej kategorii wyklucza wypłatę świadczenia osobie lub osobom należącym do niższej kategorii (kategorię najwyższą stanowi pkt 1).

3. Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać lub dokonać zmiany uposażonego.
4. W razie braku uposażonego, z przysługującego świadczenia z tytułu śmierci, o którym mowa w ust. 1, PZU zwraca, w granicach sumy ubezpieczenia, udokumentowane koszty pogrzebu ubezpieczonego osobie, która je poniosła, przy czym koszty te zwracane są tylko wówczas, gdy nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 46

Jeżeli PZU wypłaci świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu, a następnie w okresie 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku ubezpieczeniowego nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku ubezpieczeniowego, PZU wypłaca świadczenie z tytułu śmierci w wysokości stanowiącej różnicę kwoty świadczenia z tytułu śmierci ustalonej w umowie ubezpieczenia i kwoty świadczenia wypłaconego z tytułu uszczerbku na zdrowiu.

§ 47

1. W razie śmierci ubezpieczonego niebędącej następstwem wypadku ubezpieczeniowego, a przed otrzymaniem przez ubezpieczonego świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu, PZU wypłaca świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu spadkobiercom ubezpieczonego. Jeżeli uszczerbek na zdrowiu nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się stopień uszczerbku na zdrowiu ustalony zgodnie z § 10 ust. 5, na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.
2. Z zastrzeżeniem ust. 1, w razie śmierci ubezpieczonego przed otrzymaniem przez niego świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, PZU wypłaca to świadczenie spadkobiercom ubezpieczonego.

§ 48

1. PZU jest zobowiązany:
 - 1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz

- do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego wypadku ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;
- 2) jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:
 - a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz
 - b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części świadczenia;
 - 3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:
 - a) osoby występującej z roszczeniem oraz
 - b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU;
 - 5) do udostępnienia osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;
 - 6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępnienia posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU oraz ustalenia okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, jak również wysokości świadczenia;
 - 7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.
2. PZU zobowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym.
 3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU 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 bezsporna część świadczenia PZU powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

ROZDZIAŁ V

REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

– czyli jakie jeszcze prawa przysługują ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia

§ 49

1. Reklamację, skargę lub zażalenie składa się w każdej jednostce PZU obsługującej klienta.
2. Reklamacja, skarga lub zażalenie mogą być złożone:
 - 1) na piśmie – oświadczenie albo wysłane przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);
 - 2) na piśmie – wysłane na adres do doręczeń elektronicznych PZU SA w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych, począwszy od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych;
 - 3) w formie ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801 102 102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 1;
 - 4) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres reklamacje@pzu.pl lub wypełniając formularz na: www.pzu.pl.
3. PZU rozpatruje reklamację, skargę lub zażalenie i udziela na nie odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3, PZU przekazuje osobie, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie informację, w której:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
5. Odpowiedź PZU na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie dostarczona osobie, która je złożyła:
 - 1) w przypadku, gdy klientem jest osoba fizyczna – na piśmie, z tym że odpowiedź można dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta;
 - 2) w przypadku, gdy klientem jest inny podmiot niż wskazany w pkt 1 – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
6. Osobie fizycznej, która złożyła reklamację przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
7. Reklamacje, skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostki organizacyjne PZU, które są właściwe ze względu na przedmiot sprawy.
8. Reklamacje uregulowane są w ustawie o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym oraz w ustawie o dystrybucji ubezpieczeń.
9. PZU przewiduje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów.
10. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym

dla PZU do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.

11. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej drogą elektroniczną, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć skargę za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. – adres: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Za działanie Platformy ODR odpowiada Komisja Europejska. Adres poczty

elektronicznej do kontaktu z PZU jest następujący: reklamacje@pzu.pl.

13. PZU podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 50

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

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA



	INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH DLA UBEZPIECZONEGO
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA I INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Administratorem danych osobowych jest PZU SA z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU SA, IOD, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.	
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH	Administrator otrzymał Pani/Pana dane od Ubezpieczającego w związku z objęciem Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową. Pani/Pana dane zostały przekazane administratorowi w zakresie: danych identyfikacyjnych, danych adresowych.	
PRZETWARZANIE DANYCH Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:	• zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do zawarcia i wykonywania umowy, • oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratora wynikającego z przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, • marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; do celów marketingu wykorzystywane będą otrzymane dane kontaktowe, dane kontaktowe pozyskane w przyszłości oraz dane dotyczące posiadanych produktów, • ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia, • reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem, • wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości, • oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania przed objęciem ubezpieczeniem – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, • marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, obejmującego profilowanie w celu dostosowania przesyłanych treści marketingowych – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest dostarczanie klientom informacji o produktach ubezpieczeniowych i innych produktach finansowych oferowanych przez PZU SA; do celów marketingu wykorzystywane będą otrzymane dane kontaktowe, dane kontaktowe pozyskane w przyszłości oraz dane dotyczące posiadanych produktów, • ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia, • reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem, • wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych dotyczących umów ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o rachunkowości,	

	- wypełniania przez administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności w zakresie weryfikacji list sankcyjnych - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z odpowiednich przepisów, - ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest ustalenie składek w wysokości, która zapewni co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń, - podjęwania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań. Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia z Panią/Panem umowy ubezpieczenia. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.	uzasadnionym interesem administratora jest ustalenie składek w wysokości, która zapewni co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń, podjęwania ewentualnych czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość przeciwdziałania wypłacaniu nienależnych świadczeń lub odszkodowań. Decyzje dotyczące wysokości składki ubezpieczeniowej będą podejmowane automatycznie tj. bez udziału człowieka, na podstawie Pani/Pana danych niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela w odniesieniu do przedmiotu ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową. W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji dotyczącej wysokości składki ubezpieczeniowej, ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania tej decyzji, prawo do wyrażenia własnego stanowiska oraz wystąpienia o ponowne przeanalizowanie Pani/Pana sprawy i podjęcie decyzji przez pracownika.
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, a także do momentu wygaśnięcia uprawnienia do przetwarzania danych w celach ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości. Administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, obejmującego profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tym celu. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych jest zgoda, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.	
PRZEKAZYWANIE DANYCH	Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji, a także mogą być przekazywane innym spółkom z Grupy PZU, jeśli wyraziła Pani/Pan zgodę na takie przekazanie. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, w tym m.in: dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora. W zależności od rodzaju ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom znajdującym się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Więcej informacji o przekazaniu danych osobowych, w tym o państwach, do których dane mogą być przekazywane, można uzyskać kontaktując się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.	
PANI/PANA PRAWA	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego w tym profilowania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W Polsce takim organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.	