

Ogólne warunki kompleksowego ubezpieczenia cudzoziemców przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej „BEZPIECZNY POBYT”

zatwierdzone uchwałą Zarządu PZU S.A. Nr UZ/409/2007 z dnia 26 lipca 2007 roku.

BEZPIECZNY POBYT

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- § 1.1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów kompleksowego ubezpieczenia cudzoziemców przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawieranych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna zwany dalej PZU S.A. z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi.
2. Na podstawie niniejszych warunków umowa ubezpieczenia może być zawarta w zakresie:
- 1) ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 2) ubezpieczenia kosztów leczenia związanych z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3) ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym.
3. Ryzyka, o których mowa w ust. 2 mogą stanowić odrębny przedmiot ubezpieczenia.
4. Na wniosek ubezpieczającego i za opłatą dodatkowej składki, do umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie określonym w § 1 ust. 2 pkt 1 lub 2 można włączyć ryzyka wynikające z:
- 1) wykonywania pracy ze zwiększonym stopniem ryzyka,
 - 2) wyczynowego uprawiania sportu,
 - 3) amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka,
 - 4) aktów terroryzmu.
- § 2. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków PZU S.A. gwarantuje cudzoziemcom oraz obywatelom polskim zamieszkałym na stałe poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej ochronę ubezpieczeniową podczas ich pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- § 3. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia obejmują:
- 1) postanowienia ogólne (rozdział I niniejszych warunków),
 - 2) ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków (rozdział II niniejszych warunków),
 - 3) ubezpieczenie kosztów leczenia związanych z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem (rozdział III niniejszych warunków),
 - 4) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (rozdział IV niniejszych warunków),
 - 5) postanowienia wspólne (rozdział V niniejszych warunków).
- § 4.1. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia, mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.
2. PZU S.A. zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku PZU S.A. nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego lub ubezpieczonego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.
3. W razie wprowadzenia do umów ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych, ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie w zakresie nieuregulowanym tymi postanowieniami.
- § 5. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.

Definicje

- § 6. Przez użyte w niniejszych ogólnych warunkach określenia rozumie się:
- 1) **ubezpieczony** – cudzoziemiec albo obywatel polski zamieszkali na stałe poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, który zawarł umowę ubezpieczenia na własny rachunek albo na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia;
 - 2) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, która zawarła z PZU S.A. umowę ubezpieczenia;
 - 3) **uprawniony** – osoba wskazana imiennie przez ubezpieczonego jako upoważniona do odbioru należnego świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
 - 4) **cudzoziemiec** – osoba nie posiadająca obywatelstwa polskiego; cudzoziemca będącego obywatelem dwóch lub więcej państw traktuje się jako obywatela tego państwa, którego dokument podróży stanowił podstawę wjazdu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;



PZU SA

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy,
KRS 0000009831, NIP 526-025-10-49, wysokość kapitału zakładowego: 86 352 300,00 zł,
kapitał wpłacony w całości

- 5) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia obejmująca jedną osobę wskazaną w umowie ubezpieczenia;
- 6) **ubezpieczenie zbiorowe** – umowa ubezpieczenia obejmująca co najmniej 10 osób;
- 7) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia obejmująca ubezpieczającego oraz osoby bliskie;
- 8) **osoba bliska** – małżonek, konkubent, wstępni, zstępni, pasierbowie, dzieci przysposobione albo przyjęte na wychowanie, przysposabiający, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, synowie, zięciowie;
- 9) **polisa** – dokument ubezpieczenia wystawiony przez PZU S.A., potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 10) **okres ubezpieczenia** – określony w umowie ubezpieczenia czas trwania odpowiedzialności PZU S.A.;
- 11) **suma ubezpieczenia lub gwarancyjna** – określona w umowie ubezpieczenia kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności PZU S.A. za szkody powstałe ze wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia; w odniesieniu do ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przez sumę ubezpieczenia rozumie się określoną w umowie ubezpieczenia kwotę, będącą podstawą do ustalania przez PZU S.A. wysokości świadczeń i odszkodowań;
- 12) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo zmarł;
- 13) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby ubezpieczonej spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem; przez trwały uszczerbek na zdrowiu w wariantcie II ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków rozumie się trwałe uszkodzenie ciała, tj. całkowitą utratę organu lub całkowitą utratę funkcji w tym organie;
- 14) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 15) **operacja ze wskazań życiowych** – zabieg operacyjny podejmowany ze wskazań nagłych lub pilnych, w sytuacji stanu bezpośredniego zagrożenia życia;
- 16) **operacja ze wskazań nagłych lub pilnych** – zabieg operacyjny podejmowany w takich okolicznościach, że ze względu na rodzaj lub stopień zaawansowania patologii będącej wskazaniem do leczenia operacyjnego istnieje niecierpiąca zwłoki konieczność przystąpienia do zabiegu, a nieuzasadnione odroczenie momentu zabiegu nie jest dopuszczalne i wiązałoby się z bezpośrednim i dającym się przewidzieć zagrożeniem, ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, ciężkim uszczerbkiem na zdrowiu lub zgonem;
- 17) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 18) **zaostrzenie chorób przewlekłych** – nagłe nasilenie objawów choroby przewlekłej o ostrym (burzliwym) przebiegu, wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 19) **powikłania chorób przewlekłych** – nagłe wystąpienie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu pozostające w bezpośrednim związku z chorobą przewlekłą i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 20) **środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne** – przedmioty i środki zewnętrzne mające na celu przywrócenie, poprawę funkcji lub poprawę kontroli nad upośledzoną funkcją organu, narządu lub układu, z wyłączeniem sprzętu rehabilitacyjnego;
- 21) **szpital** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie przepisów prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym; w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków szpital nie oznacza: domów opieki, hospicjów, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, sanatoriów, szpitali sanatoryjnych ani szpitali uzdrowiskowych;
- 22) **pobyt w szpitalu** – leczenie stacjonarne w szpitalu trwające nieprzerwanie ponad 24 godziny;
- 23) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie nie związane z trwającym nieprzerwanie co najmniej 24 godzinny pobyt w szpitalu lub innej placówce medycznej;
- 24) **praca ze zwiększonym stopniem ryzyka** – wykonywanie zawodu lub pracy:
 - a) w górnictwie i kopalnictwie pod ziemią,
 - b) w przemyśle naftowym,
 - c) w przemyśle energetycznym przy urządzeniach wysokiego napięcia,
 - d) w ochronie mienia,
 - e) przy materiałach wybuchowych,
 - f) w budownictwie (praca na wysokości),
 - g) operatorów urządzeń dźwigowych,
 - h) kierowców samochodów ciężarowych i cystern,
 - i) nurków,
 - j) w górskich służbach ratowniczych,
 - k) oblatywaczy samolotów,
 - l) ujeżdżaczy i trenerów koni wyścigowych, dżokejów,
 - m) kaskaderów, akrobatów i treserów dzikich zwierząt;
- 25) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu w celu uzyskania w drodze rywalizacji maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju klubów, związków i organizacji sportowych, z wyłączeniem następujących dyscyplin sportu: brydż sportowy, warcaby, wędkarstwo, szachy, modelarstwo sportowe;
- 26) **sporty wysokiego ryzyka** – amatorskie uprawianie sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, alpinizmu, speleologii, wspinaczki skalnej, nurkowanie z aparatem oddechowym, skoki bungee;
- 27) **bójka** – starcie trzech lub więcej osób wzajemnie zadających sobie razy, z których każda występuje w podwójnym charakterze – jako napadnięty i napastnik;
- 28) **akty terroryzmu** – nielegalne działania z użyciem przemocy – indywidualne lub grupowe – organizowane z pobudek ideologicznych, ekonomicznych czy socjalnych, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu zastraszenia ludności, dezorganizacji życia publicznego bądź zdezorganizowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
- 29) **szkoda na osobie** – szkoda wynikła z pozbawienia życia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, w tym także utracone korzyści, które poszkodowa-

ny mógłby osiągnąć, gdyby nie doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;

- 30) **szkoda rzeczowa** – szkoda polegająca na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy, w tym także utracone korzyści, które poszkodowany mógłby osiągnąć, gdyby nie nastąpiła utrata, zniszczenie lub uszkodzenie rzeczy;
- 31) **franszyza integralna** – wyłączenie odpowiedzialności PZU S.A. za szkody nie przekraczające określonej kwoty.

ROZDZIAŁ II. UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Przedmiot, zakres i suma ubezpieczenia Warianty ubezpieczenia

- § 7. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.
- § 8.1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć w jednym z dwóch wariantów określonych w §§ 10 i 11.
- § 9.1. Suma ubezpieczenia określana jest przez PZU S.A. w uzgodnieniu z ubezpieczającym w granicach od 10.000 zł do 100.000 zł w wariantcie I albo od 10.000 zł do 200.000 zł w wariantcie II.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie może ulec zmianie.

Wariant I

- § 10. W ubezpieczeniu zawartym w wariantcie I obowiązują następujące świadczenia podstawowe:
- 1) świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2) świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku przy czym, jeżeli ubezpieczony doznał 100% trwałego uszczerbku, PZU S.A. wypłaca świadczenie w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia, a w razie częściowego uszczerbku taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku,
 - 3) zwrot poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kosztów jednorazowego nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 5.000 zł.

Wariant II

- § 11.1. W ubezpieczeniu zawartym w wariantcie II obowiązują następujące świadczenia podstawowe:
- 1) świadczenie z tytułu śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2) świadczenie z tytułu trwałego uszkodzenia ciała będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku – za wymienione w Tabeli świadczeń rodzaje trwałego uszkodzenia ciała i w określonej w niej wysokości:

Tabela świadczeń

Poz.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Włączając	% sumy ubezpieczenia	
			prawa	lewa
1.	Utrata kończyny górnej	przedramię, rękę, palce	70%	60%
2.	Utrata przedramienia	rękę, palce	65%	55%
3.	Utrata ręki	palce	60%	50%
4.	Utrata palca u ręki z wyłączeniem kciuka		7% za każdy palec	
5.	Utrata kciuka		20%	
6.	Utrata wszystkich palców u ręki		50%	
7.	Utrata kończyny dolnej	podudzie, stopę, palce	75%	
8.	Utrata podudzia	stopę, palce	60%	
9.	Utrata stopy	palce	50%	
10.	Utrata palucha		10%	
11.	Utrata palca u stopy z wyłączeniem palucha		3% za każdy palec	
12.	Utrata wszystkich palców u stopy		25%	
13.	Całkowita utrata wzroku		100%	
14.	Utrata wzroku w jednym oku		30%	
15.	Całkowita utrata mowy		100%	
16.	Całkowita utrata słuchu		60%	
17.	Utrata słuchu w jednym uchu		20%	

- 3) zwrot poniesionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kosztów jednorazowego nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 10.000 zł.
2. W przypadku uszkodzenia kończyn górnych u osób leworęcznych wysokość świadczenia ustala się jak dla kończyny górnej prawej.
3. Przez trwałe uszkodzenie ciała rozumie się wyłącznie wymienione w ust. 1 w Tabeli świadczeń rodzaje uszkodzeń ciała osoby ubezpieczonej spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem objętym ubezpieczeniem, przy czym za trwałe uszkodzenie ciała rozumie się całkowitą utratę organów wymienionych w tabeli lub całkowitą utratę władzy w tych organach.
- § 12. Niezależnie od świadczeń objętych umową, PZU S.A. zwraca ubezpieczonemu niezbędne, udokumentowane wydatki poniesione na przejazd na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez PZU S.A. lekarzy lub na obserwację kliniczną oraz koszty badań lekarskich zleconych przez wskazanych przez PZU S.A. lekarzy, wymaganych dla uzasadnienia zgłoszonych roszczeń.

Wyłączenia odpowiedzialności

- § 13.1. Z odpowiedzialności PZU S.A. wyłączone są następstwa wypadków powstałych:
- 1) podczas kierowania przez ubezpieczonego pojazdem, jeżeli nie posiadał ważnego, wymaganego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem, w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w stanie po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii; nie uważa się za kierowanie pojazdem bez ważnego wymaganego dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem kierowanie innym pojazdem niż silnikowy na drodze wewnętrznej albo poza jezdnią drogi publicznej, jeżeli

- osoba ubezpieczona nie ukończyła 18 lat, przy czym za jezdnię uważa się część drogi publicznej przeznaczoną do ruchu pojazdów silnikowych,
- 2) w stanie nietrzeźwości albo po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że stan nietrzeźwości, zażycie narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych nie pozostawało w związku z zaistnieniem zdarzenia,
 - 3) w wyniku udziału ubezpieczonego w zakładach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) oraz w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub umyślnego samookaleczenia,
 - 4) w związku z popełnieniem albo usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat,
 - 5) w wyniku zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu albo używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 6) wskutek ataków epilepsji,
 - 7) wskutek utraty przytomności spowodowanej przyczyną chorobową,
 - 8) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że leczenie dotyczyło bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) podczas wykonywania pracy ze zwiększonym stopniem ryzyka, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 10) podczas wyczynowego uprawiania sportu, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 11) podczas amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 12) podczas udziału ubezpieczonego w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg lub sabotażu,
 - 13) na skutek katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne bądź napromieniowanie,
 - 14) na skutek aktów terroryzmu, chyba że ryzyko to zostało włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
 - 15) na skutek działań wojennych, stanu wojennego albo stanu wyjątkowego zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Z odpowiedzialności PZU S.A. wyłączone są również choroby zawodowe oraz wszelkie choroby lub stany chorobowe nawet takie, które występują nagle.
3. Odpowiedzialność PZU S.A. nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz odszkodowania za utracone korzyści a także za poniesione straty materialne polegające na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy.

Postępowanie w razie wypadku

§ 14.1. W razie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczony zobowiązany jest:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) zawiadomić PZU S.A. o zaistnieniu wypadku poprzez dostarczenie:
 - a) dokładnie wypełnionego formularza zgłoszenia wypadku ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności wypadku,
 - b) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, m.in.: dokumentacji medycznej, oryginałów rachunków, oryginałów dowodów ich zapłaty, dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem;
 - 3) umożliwić PZU S.A. zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności wymienionych w pkt 2, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują nad ubezpieczonym opiekę lekarską,
 - 4) na zlecenie PZU S.A. poszkodowany powinien poddać się badaniu przez wskazanych przez PZU S.A. lekarzy, dodatkowym badaniom medycznym lub obserwacji klinicznej.
2. W razie śmierci ubezpieczonego – uprawniony wyznaczony imiennie zobowiązany jest przedłożyć do wglądu dodatkowo odpis skrócony aktu zgonu oraz dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego, a w przypadku braku osoby wskazanej imiennie – występujący o wypłatę świadczenia członek rodziny obowiązany jest przedłożyć również dokument stwierdzający pokrewieństwo z ubezpieczonym.

Ustalanie i wypłata świadczeń

- § 15.1. Zasadność roszczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się po stwierdzeniu, że istnieje normalny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu. Odpowiedzialnością objęte są również niekorzystne następstwa leczenia bezpośrednich skutków nieszczęśliwego wypadku pozostawiające trwałe uszczerbek na zdrowiu.
2. Ustalenie normalnego związku przyczynowo-skutkowego, o którym mowa w ust. 1 oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie dostarczonej przez ubezpieczonego lub uprawnionego do otrzymania świadczenia dokumentacji medycznej lub wyników badania przeprowadzonego przez lekarzy orzekających wskazanych przez PZU S.A.
- § 16.1. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony po całkowitym zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji.

2. W przypadku, gdy ubezpieczony opuści terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przed zakończeniem leczenia, ustalenie stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu i wysokości świadczenia następuje na podstawie dokumentacji medycznej nadesłanej przez ubezpieczonego.
3. W razie poważnych obrażeń wymagających długiego okresu leczenia stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony najpóźniej w dwunastym miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie albo pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

§ 17. 1. W wariantcie I – procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określają lekarze orzekający wskazani przez PZU S.A. na podstawie obowiązującej „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU S.A.” Na żądanie ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia PZU S.A. udostępnia do wglądu w jednostkach organizacyjnych „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu PZU S.A.”.

2. W wariantcie II – wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszkodzenia ciała ustalana jest na podstawie Tabeli świadczeń określonej w § 11 ust. 1.

§ 18. Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.

§ 19. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem (procentem) trwałego uszczerbku właściwym dla stanu danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem (procentem) inwalidztwa istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 20. 1. Jeżeli w wyniku wypadku powstanie więcej niż jedno uszkodzenie ciała – na wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu składa się suma świadczeń należnych z tytułu każdego uszkodzenia ciała, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

2. Zasadę określoną w ust. 1 stosuje się także w przypadku zaistnienia kilku wypadków w okresie ubezpieczenia.

§ 21. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu lub śmierci ubezpieczonego wypłaca się pod warunkiem, że trwały uszczerbek na zdrowiu lub śmierć nastąpiły w ciągu 12 miesięcy od daty zaistnienia wypadku.

§ 22. Jeżeli PZU S.A. wypłaci świadczenie za trwały uszczerbek na zdrowiu, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty wypadku nastąpi śmierć ubezpieczonego będąca następstwem tego wypadku, PZU S.A. wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego ubezpieczonemu. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci następuje po uprzednim potrąceniu kwoty wypłaconej z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.

§ 23. 1. W razie śmierci ubezpieczonego nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, a przed otrzymaniem przez niego świadczenia przysługującego za trwały uszczerbek – PZU S.A. wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku spadkobiercom. Jeżeli trwały uszczerbek nie został ustalony przed śmiercią ubezpieczonego, przyjmuje się przypuszczalny stopień trwałego uszczerbku według oceny lekarzy orzekających wskazanych przez PZU S.A., orzeczonego na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej.

2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku nie będzie przysługiwać osobie uprawnionej w przypadku, gdy zgłoszenie wypadku nastąpi po śmierci ubezpieczonego.

§ 24. 1. Koszty jednorazowego nabycia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przedmiotów ortopedycznych i środ-

ków pomocniczych podlegają zwrotowi, jeżeli poniesione zostały w następstwie nieszczęśliwego wypadku i nie zostały pokryte z innego ubezpieczenia lub z innego tytułu oraz pod warunkiem, że poniesione zostały w ciągu 12 miesięcy od daty wypadku objętego umową.

2. Zwrot powyższych kosztów następuje na podstawie oryginałów rachunków i oryginałów dowodów ich zapłaty do wysokości rzeczywistych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ III. UBEZPIECZENIE KOSZTÓW LECZENIA

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 25. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia ubezpieczonego, który musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia.

§ 26. Za koszty leczenia objęte umową ubezpieczenia uważa się koszty obejmujące:

1) leczenie ambulatoryjne, tj. konsultacje medyczne, niezbędne lekarstwa i środki opatrunkowe przepisane przez lekarza, zabiegi ambulatoryjne, badania pomocnicze zlecone przez lekarza (RTG, EKG, USG lub podstawowe badania laboratoryjne) niezbędne do rozpoznania lub leczenia choroby, w wysokości nie przekraczającej 20% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 5.000 zł z jednego zdarzenia,

2) pobyt w szpitalu, tj. leczenie, zabiegi i operacje, których przeprowadzenia z uwagi na wskazania życiowe albo wskazania nagłe lub pilne nie można było odłożyć do czasu powrotu ubezpieczonego do kraju będącego miejscem stałego zamieszkania, a także koszty:

3) transportu medycznego ubezpieczonego z miejsca wypadku lub nagłego zachorowania do szpitala lub przychodni na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

4) transportu medycznego do miejsca zakwaterowania ubezpieczonego, po udzieleniu pomocy medycznej, o ile transport ten został zlecony przez lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

5) transportu ubezpieczonego do miejsca stałego zamieszkania albo placówki medycznej w kraju stałego zamieszkania w wysokości nie przekraczającej 50% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 15.000 zł. Transport ten przysługuje ubezpieczonemu wówczas, gdy z uwagi na jego stan zdrowia uprzednio przewidziany środek transportu nie może być wykorzystany. Transport dokonywany jest po udzieleniu poszkodowanemu niezbędnej pomocy medycznej umożliwiającej mu kontynuowanie leczenia w kraju stałego zamieszkania. Transport ubezpieczonego odbywa się dostosowanym do jego stanu zdrowia środkiem transportu zaleconym przez lekarza prowadzącego leczenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

6) wizyty bliskiej osoby, o ile istnieje pisemne zalecenie lekarza prowadzącego leczenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres przekraczający 7 dni i nie towarzyszy mu w podróży żadna pełnoletnia osoba, PZU S.A. zwraca koszty transportu w obydwie strony (bilet kolejowy, autobusowy albo

jeżeli podróż koleją lub autobusem trwa dłużej niż 12 godzin – bilet lotniczy klasy ekonomicznej) dla jednej osoby bliskiej ubezpieczonemu zamieszkałej w kraju stałego pobytu ubezpieczonego albo dla innej osoby mieszkającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazanej przez poszkodowanego,

- 7) hotelu dla towarzyszącej osoby bliskiej lub innej ubezpieczonej osoby towarzyszącej ubezpieczonemu w podróży.

Jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany po upływie przewidzianej daty powrotu do miejsca stałego zamieszkania i jeżeli towarzyszą mu bliskie lub inne ubezpieczone osoby, a zdarzenie miało miejsce podczas okresu ubezpieczenia, PZU S.A. zwraca koszty hotelu jednej towarzyszącej osobie wskazanej przez ubezpieczonego, która pozostaje z chorym aż do momentu możliwego transportu do miejsca stałego zamieszkania albo placówki medycznej w kraju stałego zamieszkania ubezpieczonego. Koszty te refundowane są do wysokości 200 zł za jedną dobę, maksymalnie za 5 dób,

- 8) transportu zwłok do miejsca stałego zamieszkania ubezpieczonego bądź koszty pogrzebu na terytorium RP, w tym koszty zakupu trumny, w wysokości nie przekraczającej 50% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 15.000 zł.

- § 27. Koszty, o których mowa w § 26 pkt 1 – 7 pokrywane są przez ubezpieczonego a ich zwrotu dokonuje PZU S.A. na podstawie przedłożonej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości odszkodowania, natomiast koszty transportu zwłok bądź koszty pogrzebu zwracane są przez PZU S.A. osobie, która je poniosła.

Suma ubezpieczenia

- § 28. 1. Suma ubezpieczenia kosztów leczenia określana jest przez PZU S.A. w uzgodnieniu z ubezpieczającym w granicach od 10.000 zł do 50.000 zł.

2. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU S.A. i odnosi się do wszystkich zdarzeń rozumianych jako nieszczęśliwy wypadek albo nagłe zachorowanie, zaistniałych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie może ulec zmianie.

Wyłączenia odpowiedzialności

- § 29. 1. Odpowiedzialność PZU S.A. nie obejmuje kosztów leczenia, transportu oraz kosztów innych świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia, które powstały z tytułu lub w następstwie:

- 1) leczenia chorób przewlekłych oraz ich zaostrzeń i powikłań, w tym chorób będących przyczyną hospitalizacji w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) leczenia nie związanego z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem,
- 3) przyjazdów w celu planowego leczenia oraz powikłań związanych z tym leczeniem,
- 4) epilepsji, zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, w tym nerwic,
- 5) leczenia chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS, leczenia stanów związanych z nosicielstwem wirusa HIV,

- 6) leczenia sanatoryjnego, w tym w szpitalach sanatoryjnych i uzdrowiskach, profilaktyki, rehabilitacji, fizjoterapii, helioterapii,
- 7) wypadków lub rozstroju zdrowia spowodowanych umyślnie przez ubezpieczonego, w tym skutków samobójstwa lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia przez ubezpieczonego,
- 8) znajdowania się w stanie nietrzeźwości albo po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że stan nietrzeźwości, zażycie narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych nie pozostało w związku z zaistnieniem zdarzenia,
- 9) kierowania przez ubezpieczonego pojazdem, jeżeli nie posiadał ważnego, wymaganego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem, w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w stanie po zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii; nie uważa się za kierowanie pojazdem bez ważnego wymaganego dokumentu uprawniającego do kierowania danym pojazdem kierowanie innym pojazdem niż silnikowy na drodze wewnętrznej albo poza jezdnią drogi publicznej, jeżeli osoba ubezpieczona nie ukończyła 18 lat, przy czym za jezdnię uważa się część drogi publicznej przeznaczoną do ruchu pojazdów silnikowych,
- 10) leczenia we własnym zakresie lub przez lekarza będącego członkiem najbliższej rodziny ubezpieczonego, badań i usług, które nie są wykonywane przez szpital, lekarza lub pielęgniarkę,
- 11) badań zbędnych do rozpoznania lub leczenia choroby, badań kontrolnych i szczepień profilaktycznych,
- 12) leczenia stomatologicznego,
- 13) naprawy i zakupu protez (w tym dentystycznych), okularów oraz środków pomocniczych,
- 14) kosztów operacji plastycznych oraz zabiegów ze wskazań estetycznych,
- 15) ciąży oraz wszystkich jej konsekwencji i komplikacji, poronienia, porodu, za wyjątkiem jednej konsultacji lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu karetką pogotowia do placówki medycznej, przy czym górny limit odpowiedzialności PZU S.A. za wymienione świadczenia wynosi 400 zł,
- 16) sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności lub ograniczonej płodności oraz koszty środków antykoncepcyjnych,
- 17) zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu albo używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 18) wypadków wynikających z brania udziału ubezpieczonego w zakładach, przestępstwach albo bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
- 19) leczenia poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym kontynuacji leczenia tam rozpoczętego,
- 20) skażeń jądrowych, chemicznych lub promieniowania radioaktywnego i jonizującego,
- 21) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, zamieszek, rozruchów i niepokoїв społecznych, zamachów lub sabotażu,
- 22) epidemii, o których władze Rzeczypospolitej Polskiej poinformowały w środkach masowego przekazu oraz katastrof naturalnych,

- 23) aktów terroryzmu, chyba że ryzyko aktów terroryzmu zostało włączone do umowy ubezpieczenia za opłatą dodatkowej składki,
- 24) kosztów leczenia nagłych zachorowań i nieszczęśliwych wypadków związanych z:
 - a) wykonywaniem pracy ze zwiększonym stopniem ryzyka, chyba że została opłacona dodatkowa składka,
 - b) wyczynowym uprawianiem sportu, chyba że opłacona została dodatkowa składka,
 - c) amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka, chyba że opłacona została dodatkowa składka.

Ustalenie i wypłata świadczeń

- § 30. W przypadku dochodzenia roszczeń dotyczących zwrotu kosztów leczenia, transportu lub innych świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest:
- 1) dostarczyć PZU S.A. dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia (polisę) oraz dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia szkody,
 - 2) przedłożyć dokumentację niezbędną do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj.: dokumentację medyczną wraz z diagnozą choroby, oryginały rachunków, oryginały dowodów ich zapłaty wraz z oryginałami dowodów zastosowanego leczenia, dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem,
 - 3) umożliwić PZU S.A. zasięgnięcie informacji o stanie jego zdrowia i przebiegu leczenia u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę medyczną oraz wszelkich informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia.

ROZDZIAŁ IV. UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- § 31.1. PZU S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu, gdy w związku z wykonywaniem czynności w życiu prywatnym, w czasie przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ubezpieczony w następstwie czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) zobowiązany jest do naprawienia szkody na osobie albo szkody rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej.
2. Odpowiedzialnością PZU S.A. objęta jest odpowiedzialność cywilna ubezpieczonego za szkody powstałe ze zdarzeń zaistniałych w okresie ubezpieczenia, choćby poszkodowani zgłosili je po tym okresie, jednakże przed upływem terminu przedawnienia roszczeń.
 3. Ubezpieczeniem objęta jest odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Suma gwarancyjna

- § 32.1. Suma gwarancyjna określana jest przez PZU S.A. w uzgodnieniu z ubezpieczającym w granicach od 10.000 zł do 200.000 zł.
2. Suma gwarancyjna określona w umowie ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności PZU S.A. za szkody powstałe ze wszystkich zdarzeń w okresie ubezpieczenia.

3. W ramach sumy gwarancyjnej PZU S.A. jest obowiązany do:
 - 1) pokrycia kosztów wynagrodzenia rzeczoznawców powołanych za zgodą PZU S.A. w celu ustalenia okoliczności lub rozmiaru szkody,
 - 2) zwrotu kosztów wynikłych z zastosowania środków podjętych w celu zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne,
 - 3) pokrycia niezbędnych kosztów sądowej obrony przed roszczeniem osoby trzeciej w sporze prowadzonym w porozumieniu z PZU S.A.,
 - 4) pokrycia kosztów postępowania pojednawczego, prowadzonego w związku ze zgłoszonymi roszczeniami odszkodowawczymi, w porozumieniu z PZU S.A.
4. PZU S.A. nie odpowiada za szkody, które łącznie z jednego zdarzenia nie przekraczają 100 złotych (franszyza integralna).
5. Każdorazowa wypłata odszkodowania lub pokrycie kosztów wymienionych w ust. 3 powoduje zmniejszenie sumy gwarancyjnej o wypłaconą kwotę.
6. Za zgodą PZU S.A. ubezpieczający może uzupełnić sumę gwarancyjną opłacając dodatkową składkę.

Wyłączenia odpowiedzialności

- § 33. PZU S.A. nie odpowiada za szkody:
- 1) wyrządzone umyślnie,
 - 2) wyrządzone osobom bliskim ubezpieczonego,
 - 3) polegające na zapłacie wszelkiego rodzaju kar pieniężnych, grzywnien sądowych i kar administracyjnych, podatków, należności publicznoprawnych,
 - 4) wyrządzone w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 5) wynikające z wykonywania zawodu lub prowadzenia działalności gospodarczej,
 - 6) powstałe na skutek działań wojennych, stanu wojennego albo stanu wyjątkowego oraz udziału w strajkach, rozruchach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - 7) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych,
 - 8) wyrządzone w środowisku przez jego zanieczyszczenie oraz w drzewostanie lasów i parków,
 - 9) powstałe wskutek oddziaływania energii jądrowej i zanieczyszczenia radioaktywnego,
 - 10) polegające na zniszczeniu, zaginięciu lub kradzieży gotówki, dzieł sztuki, biżuterii, przedmiotów z metali i kamieni szlachetnych, papierów wartościowych, wszelkiego rodzaju dokumentów, nośników danych oraz zbiorów o charakterze kolekcjonerskim,
 - 11) powstałe w mieniu, z którego ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, użytkowania, przechowania, leasingu itp.,
 - 12) z tytułu posiadania i użytkowania broni palnej,
 - 13) powstałe w związku z wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 14) powstałe w związku z amatorskim uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - 15) wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych,
 - 16) związane z naruszeniem dóbr osobistych innych niż wymienione w § 31 ust. 1 oraz praw własności intelektualnych.

Obowiązki ubezpieczającego lub ubezpieczonego w razie powstania szkody

- § 34. 1. W razie zajścia zdarzenia, które może spowodować roszczenia ze strony poszkodowanego, ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązany jest starać się o ustalenie okoliczności wypadku.
2. Ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązany jest w terminie 7 dni od daty powzięcia wiadomości zawiadomić o wypadku PZU S.A. i stosować się do jego zaleceń.
 3. W razie zgłoszenia do ubezpieczającego lub ubezpieczonego roszczenia o odszkodowanie, ubezpieczający lub ubezpieczony jest obowiązany bezzwłocznie – najpóźniej w terminie 7 dni powiadomić PZU S.A.
 4. Ubezpieczający lub ubezpieczony jest obowiązany udzielić PZU S.A. wszelkich wyjaśnień, dostarczyć dostępne mu dowody potrzebne do ustalenia okoliczności wypadku i rozmiaru szkody oraz umożliwić przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego.
 5. Jeżeli przeciwko ubezpieczonemu poszkodowanemu wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową, ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od otrzymania odpisu pozwu zawiadomić o tym PZU S.A.
 6. Ubezpieczający lub ubezpieczony jest obowiązany dostarczyć PZU S.A. orzeczenie sądu w terminie umożliwiającym zajęcie stanowiska co do wniesienia środka odwoławczego.
 7. Zaspokojenie lub uznanie przez ubezpieczonego roszczenia o naprawienie szkody, które jest objęte ubezpieczeniem, nie ma skutków prawnych względem PZU S.A., jeżeli PZU S.A. nie wyraził na to uprzedniej zgody.
 8. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia PZU S.A. o zaistniałym wypadku ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 2 PZU S.A. może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło PZU S.A. ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia PZU S.A. o wypadku nie następują, jeżeli PZU S.A. w terminie, o którym mowa w ust. 2, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

Ustalenie i wypłata odszkodowania

- § 35. Jeżeli tytułem odszkodowania przysługują poszkodowanemu zarówno świadczenia jednorazowe jak i renty, PZU S.A. zaspokaja je z obowiązującej sumy gwarancyjnej w następującej kolejności:
- 1) świadczenie jednorazowe,
 - 2) renty czasowe,
 - 3) renty dożywotnie.

ROZDZIAŁ V. POSTANOWIENIA WSPÓLNE

Umowa ubezpieczenia Początek i koniec odpowiedzialności

- § 36. 1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek ubezpieczającego na podstawie zgłaszanych przez niego danych.

2. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na ubezpieczającym. Dokument ubezpieczenia otrzymuje ubezpieczający.
 3. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność PZU S.A. może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu.
 4. Ubezpieczony może żądać, by PZU S.A. udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.
 5. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości PZU S.A. wszystkie znane sobie okoliczności, o które PZU S.A. zapytywał w formularzu oferty (wniosku) albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez PZU S.A. umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
 6. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany jest zawiadomić PZU S.A. o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 5, niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
 7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 5 i 6 spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
 8. PZU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 5-7 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 5-7 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- § 37. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU S.A. potwierdza polisą.
- § 38. 1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na okres od jednego dnia do jednego roku.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie umowy indywidualnej, rodzinnej albo zbiorowej.
3. Ubezpieczający może zawrzeć na rachunek osób bliskich umowę ubezpieczenia rodzinnego. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia rodzinnego obejmującej ubezpieczającego i osoby bliskie – w stosunku do wszystkich ubezpieczonych – stosuje się ten sam zakres ubezpieczenia, przy czym sumy ubezpieczenia lub gwarancyjne odnoszą się do każdej z ubezpieczonych osób oddzielnie.
4. W przypadku zawarcia umowy w formie ubezpieczenia zbiorowego, jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć do umowy ubezpieczenia wykaz osób zawierający imiona i nazwiska, daty urodzenia, numery identyfikacyjne PESEL oraz adresy zamieszkania osób zgłoszonych do ubezpieczenia. Zakres ubezpieczenia oraz sumy ubezpieczenia lub

gwarancyjne w ubezpieczeniu zbiorowym są jednako-
we dla wszystkich ubezpieczonych osób.

8) z dniem doręczenia oświadczenia drugiej stronie
o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym
w przypadku, o którym mowa w § 46 ust. 5.

§ 39. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek (rachunek
ubezpieczonego), w przypadku umowy indywidualnej
jeżeli osoba, na rachunek której zawiera się ubezpie-
czenie, przebywa już na terytorium Rzeczypospolitej
Polskiej, odpowiedzialność PZU S.A. rozpoczyna się
najwcześniej po upływie 7 dni, licząc od dnia następnego
po zawarciu umowy i opłaceniu składki.

§ 40.1. Odpowiedzialność PZU S.A., z zastrzeżeniem ust. 2
rozpoczyna się nie wcześniej niż po przekroczeniu granicy RP:

- a) od dnia oznaczonego w dokumencie ubezpieczenia
jako data początkowa okresu ubezpieczenia, nie
wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu
zawarcia umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki
lub jej pierwszej raty, chyba że umówiono się in-
aczej,
- b) od dnia i godziny zawarcia umowy ubezpieczenia
i opłacenia składki lub jej pierwszej raty – w przy-
padku zawarcia umowy ubezpieczenia na przejściu
granicznym.

2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na ra-
chunek osoby przebywającej na terytorium Rzeczypo-
spolitej Polskiej, odpowiedzialność PZU S.A. rozpoczyna
się stosownie do przepisu § 39.

§ 41.1. Przedłużenia umowy ubezpieczenia na następny okres
ubezpieczenia można dokonywać wielokrotnie przed
upływem pierwotnego okresu ubezpieczenia, podając
numer polisy i okres ubezpieczenia oraz po opłaceniu
składki, jednakże łączny okres ubezpieczenia nie może
przekroczyć 1 roku.

2. Przedłużenia umowy ubezpieczenia można dokonać
również na cudzy rachunek, przy czym nie obowiązuje
w tym przypadku ograniczenie przewidziane w § 39.

3. Przy przedłużeniu umowy ubezpieczenia PZU S.A. nie
odpowiada za kontynuację leczenia chorób oraz skut-
ków wypadków występujących w poprzednim okresie
ubezpieczenia.

4. Przedłużenia umowy nie dokonuje się przy rocznych
okresach ubezpieczenia.

§ 42. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) wraz z wyjazdem ubezpieczonego z RP, nie później
jednak niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu
oznaczonego jako końcowy okres ubezpieczenia,
- 2) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia bądź su-
my gwarancyjnej,
- 3) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
- 4) z dniem odstąpienia ubezpieczającego od umowy
ubezpieczenia,
- 5) z upływem okresu ubezpieczenia określonego w do-
kumencie ubezpieczenia,
- 6) z dniem doręczenia oświadczenia PZU S.A. o wypo-
wiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym
w przypadku, gdy PZU S.A. ponosi odpowiedzialność
jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka
nie została zapłacona w terminie,
- 7) z upływem 7 dni od dnia otrzymania od PZU S.A. pi-
sma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki
wysłanego po upływie terminu jej płatności z zagro-
żeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni spowoduje
ustanie odpowiedzialności,

Odstąpienie od umowy

§ 43.1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres
dłuższy niż 6 miesięcy ubezpieczający ma prawo od-
stąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni,
a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą
w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia
ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za
okres, w jakim PZU S.A. udzielał ochrony ubezpiecze-
niowej.

§ 44. Ubezpieczający może również odstąpić od zawartej
umowy ubezpieczenia niezależnie od okresu, na jaki
została zawarta, jeżeli odstąpienie następuje przed
rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej okre-
ślonym w polisie.

Składka za ubezpieczenie

§ 45.1. Składkę ubezpieczeniową za czas trwania odpowie-
dzialności PZU S.A. ustala się w złotych polskich na
podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umo-
wy ubezpieczenia.

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustala się w zależ-
ności od:

- 1) sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej,
- 2) okresu ubezpieczenia,
- 3) zakresu ubezpieczenia,
- 4) celu przyjazdu,
- 5) rodzaju umowy,
- 6) liczby ubezpieczonych osób,
- 7) wieku ubezpieczonego w umowach zawieranych
w formie indywidualnej lub rodzinnej.

3. W umowach ubezpieczenia stosuje się następujące
kryteria podwyżek i obniżek składki:

- 1) podwyżki składki zależą od:
 - a) wykonywania pracy ze zwiększonym stopniem
ryzyka,
 - b) wyczynowego uprawiania sportu,
 - c) amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ry-
zyka,
 - d) włączenia ryzyka aktów terroryzmu,
 - e) wieku ubezpieczonego w umowach ubezpiecze-
nia indywidualnego lub rodzinnego,
- 2) obniżki składki zależą od:
 - a) liczby osób bliskich przystępujących do ubezpie-
czenia rodzinnego,
 - b) rodzaju umowy,
 - c) wieku ubezpieczonego w umowach zawieranych
w formie indywidualnej lub rodzinnej.

§ 46.1. Składkę ubezpieczający opłaca jednorazowo przy za-
wieraniu umowy ubezpieczenia, chyba że w polisie
określono inny sposób i termin jej opłacenia.

2. Zapłata składki następuje w formie gotówkowej albo za
zgoda PZU S.A. w formie bezgotówkowej.

3. Jeżeli zapłata składki albo jej raty dokonywana jest
w formie przelewu bankowego, za datę zapłaty składki
uważa się datę złożenia zlecenia zapłaty w banku na
właściwy rachunek PZU S.A. pod warunkiem, że na ra-

chunku ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość wolnych środków. W innym przypadku za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej uważa się datę, w której kwota składki ubezpieczeniowej znalazła się na rachunku PZU S.A.

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

§ 47. 1. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony podał do wiadomości PZU S.A. nieprawdziwe dane mające wpływ na wysokość składki, ubezpieczający zobowiązany jest do dopłaty składki wynikającej z różnicy pomiędzy składką jaka należałaby się PZU S.A. gdyby podano dane prawdziwe a składką przyjętą w umowie ubezpieczenia. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego roszczenie PZU S.A. o dopłatę różnicy składki staje się natychmiast wymagalne i płatne najpóźniej w dniu wypłaty odszkodowania.

2. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zwrot składki nie przysługuje, gdy wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia jest następstwem wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej w związku z wyczerpaniem odpowiednio sumy ubezpieczenia bądź sumy gwarancyjnej wskutek wypłaty odszkodowania/świadczenia lub odszkodowań/świadczeń.
4. Niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej liczony jest od następnego dnia po wygaśnięciu tej ochrony.
5. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej.
6. PZU S.A. dokonuje zwrotu składki po uzyskaniu informacji o okolicznościach stanowiących podstawę wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zawiadomienia i oświadczenia

- § 48. 1. Zawiadomienia i oświadczenia ubezpieczającego, ubezpieczonego lub PZU S.A. w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania i nie zawiadomił o tym PZU S.A., skierowane pod ostatni znany adres zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego lub ubezpieczonego pismo PZU S.A. wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby ubezpieczający lub ubezpieczony nie zmienił adresu zamieszkania lub siedziby.

Obowiązki ubezpieczającego lub ubezpieczonego w razie zajścia wypadku

- § 49. 1. W razie zajścia wypadku ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków

w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz zapobieżenia szkodzie lub zmniejszenia jej rozmiarów.

2. W razie zajścia wypadku ubezpieczający lub ubezpieczony obowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
3. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował środków określonych w ust. 1, PZU S.A. jest wolny od odpowiedzialności za szkody powstałe z tego powodu.
4. PZU S.A. zobowiązany jest, w granicach odpowiednio sumy ubezpieczenia bądź sumy gwarancyjnej, zwrócić koszty wynikłe z zastosowania środków, o których mowa w ust. 1, jeżeli środki te były celowe, chociażby okazały się bezskuteczne.

Generalne zasady ustalania i wypłaty świadczeń i odszkodowań

§ 50. 1. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia i odszkodowania w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.

2. PZU S.A. wypłaca odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wysokości szkody, maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia lub gwarancyjnej określonej w umowie ubezpieczenia stanowiącej górną granicę odpowiedzialności.

§ 51. 1. Świadczenie lub odszkodowanie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłaca się ubezpieczonemu, a w razie jego śmierci uprawnionemu.

2. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany uprawnionego.
3. W razie braku uprawnionego, świadczenie przysługuje członkowi rodziny według następującej kolejności:
 - 1) małżonek
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) inne osoby będące spadkobiercami ubezpieczonego.

4. W razie braku uprawnionego, z przysługującego świadczenia PZU S.A. zwraca w pierwszej kolejności udokumentowane koszty pogrzebu osobie, która je poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego, innego ubezpieczenia lub z innego tytułu.

§ 52. PZU S.A. zastrzega sobie prawo do zasięgnięcia opinii lekarzy konsultantów oraz do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonego.

§ 53. 1. PZU S.A. wypłaca świadczenie lub odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

2. Wypłata przysługujących świadczeń, odszkodowań lub zwrotu składki następuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w złotych polskich. W przypadku opuszczenia przez ubezpieczonego terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wypłata może być dokonana przelewem na wskazane konto w banku na terytorium dowolnego kraju po przeliczeniu kwoty należnego świadczenia, odszkodowania lub składki na określoną walutę według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu wydania decyzji

o wypłacie świadczenia, odszkodowania lub o zwrocie składki.

§ 54. 1. Jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka u dwóch lub więcej ubezpieczycieli na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową, ubezpieczony nie może żądać świadczenia przenoszącego wysokość szkody. Między ubezpieczycielami każdy z nich odpowiada w takim stosunku, w jakim przyjęta przez niego suma ubezpieczenia pozostaje do łącznych sum wynikających z podwójnego lub wielokrotnego ubezpieczenia.

2. Jeżeli w którejkolwiek z umów ubezpieczenia, o jakich mowa w ust. 1, uzgodniono, że suma wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia może być wyższa od poniesionej szkody, zapłaty świadczenia w części przenoszącej wysokość szkody ubezpieczony może żądać tylko od tego ubezpieczyciela. W takim przypadku dla określenia odpowiedzialności między ubezpieczycielami należy przyjąć, że w ubezpieczeniu, o którym mowa w niniejszym postanowieniu, suma ubezpieczenia równa jest wartości ubezpieczeniowej.

3. Regulacje zawarte w ust. 1 i 2 nie dotyczą ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.

§ 55. 1. PZU S.A. po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym ubezpieczonego lub ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU S.A. lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. PZU S.A. obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU S.A. albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia PZU S.A. powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 2.

4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 2 i 3 PZU S.A. nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PZU S.A. informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza tą osobę o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

6. PZU S.A. udostępnia osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności PZU S.A. lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU S.A. udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU S.A.

7. Na żądanie ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub poszkodowanego PZU S.A. zobowiązany jest udostępnić posiadane przez siebie informacje związane z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz ustalenia okoliczności wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości odszkodowania lub świadczenia.

§ 56. Stan nietrzeźwości, stan po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania pojazdem ocenia się według prawa polskiego.

§ 57. Osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dostarczyć stosowną dokumentację określoną w §§ 14, 30 i 34 niniejszych warunków w języku polskim bądź sporządzone na własny koszt jej tłumaczenie na język polski.

Przejęcie roszczeń na PZU S.A.

§ 58. 1. Jeżeli w związku ze szkodą, za którą PZU S.A. wypłacił odszkodowanie, przysługuje ubezpieczonemu roszczenie o odszkodowanie do osoby trzeciej, odpowiedzialnej za szkodę, to roszczenie to z dniem zapłaty przechodzi na PZU S.A. do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli PZU S.A. pokrywa tylko część szkody, ubezpieczonemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń przed roszczeniem PZU S.A.

2. Nie przechodzi na PZU S.A. roszczenie ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

3. Na żądanie PZU S.A. ubezpieczony obowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji oraz dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

4. Jeżeli ubezpieczony, bez zgody PZU S.A., zrzekł się roszczenia przeciwko osobie odpowiedzialnej za szkodę lub je ograniczył, PZU S.A. może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć.

5. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie ujawnione zostało po wypłaceniu odszkodowania, PZU S.A. może żądać od ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

Postanowienia końcowe

§ 59. 1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi bądź zażalenia dotyczącego wykonania przez PZU S.A. umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub zażalenia, właściwym do ich rozpatrzenia, jest jednostka organizacyjna nadzorująca jednostkę, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargę

lub zażalenie składa się na piśmie za pośrednictwem jednostki, której skarga lub zażalenie dotyczy.

2. PZU S.A. udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
 3. Niezależnie od uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, ubezpieczającemu, ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych.
- § 60. 1. Umowę kompleksowego ubezpieczenia cudzoziemców sporządza się w języku polskim i w języku angielskim.

2. W przypadku jakichkolwiek rozbieżności pomiędzy wersjami językowymi, w jakich zawarto umowę, wersja polska ma moc wiążącą.

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

§ 62. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 10 sierpnia 2007 roku.

PREZES ZARZĄDU PZU S.A.



Jaromir Netzel

CZŁONEK ZARZĄDU PZU S.A.



Beata Kozłowska-Chyła