

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
BEZPIECZNY PRACOWNIK**

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków BEZPIECZNY PRACOWNIK zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1844 z późniejszymi zmianami).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §7, §8, §10, §11, §13
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2, §5, §10, §12, §13, §14, §16, §17

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	4
DEFINICJE OGÓLNE.....	4
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	9
POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ.....	9
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	15
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	16
SUMA UBEZPIECZENIA	16
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA.....	17
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	17
ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	18
WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	18
OBOWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO.....	19
POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY	19
OBOWIAZKI TUZ UBEZPIECZENIA	20
USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA	21
WYPŁATA ŚWIADCZENIA LUB ODSZKODOWANIA	21
REKLAMACJE I SKARGI.....	22
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny Pracownik, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez TUZ Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (poprzednio: TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych) z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02 – 672 Warszawa, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0001190962, posiadającym status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych, zwanym dalej „TUZ Ubezpieczenia”, a osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą, osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, którym ustawa przyznaje zdolność prawną oraz z osobami fizycznymi indywidualnie kontynuującymi ubezpieczenie grupowe – zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek – na rachunek Ubezpieczonego, w takim przypadku postanowienia OWU stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki.
3. Ubezpieczony może żądać, by TUZ Ubezpieczenia udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
4. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU oraz zmiany zawartej już umowy ubezpieczenia, pod warunkiem sporządzenia ich na piśmie pod rygorem nieważności.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE OGÓLNE

§ 2

Użyte w niniejszych OWU pojęcia oznaczają:

- 1) **akt terroru** – nielegalne działanie lub akcja organizowana z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualna lub grupowa, prowadzona przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiejkolwiek organizacji lub rządu, skierowana przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mająca na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności lub dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy bądź groźby użycia przemocy;
- 2) **bójka** – fizyczna walka, co najmniej dwóch osób, podczas której osoby te atakują i bronią się nawzajem, gdzie każdy z uczestników bójki dobrowolnie i świadomie przyjmuje i godzi rolę napastnika z rolą broniącego się;
- 3) **choroba** – wymagająca pomocy medycznej reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, objawiająca się zaburzeniami funkcji lub uszkodzeniem struktury organizmu, wywołująca niepożądane objawy inne niż w przypadku prawidłowego działania zdrowego organizmu;
- 4) **choroba przewlekła** – zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej choroba mająca długotrwały przebieg, trwająca zwykle miesiącami lub latami, leczona w sposób stały lub okresowy;
- 5) **czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub nauki** – powstała w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania utrata przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy zarobkowej, a w przypadku dziecka – utrata zdolności do nauki, udokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy lub nauki, wystawionym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 6) **członek rodziny Ubezpieczonego** – mąż/żona lub konkubent/ka lub dziecko Ubezpieczonego zgłoszeni przez niego do ubezpieczenia rodzinnego w formie pisemnej; w rozumieniu niniejszych OWU dzieckiem jest każde dziecko Ubezpieczonego lub dziecko w pełni lub nie w pełni przez niego przysposobione, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyło 18 lat;
- 7) **dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 8) **deklaracja przystąpienia** – pisemna zgoda Ubezpieczonego na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na zasadach określonych w niniejszych OWU, stanowiąca integralną część umowy ubezpieczenia;
- 9) **epidemia** – wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących;

- 10) **epilepsja (padaczka)** – choroba neurologiczna objawiająca się napadami drgawek i utratą przytomności, zdiagnozowana przez lekarza specjalistę;
- 11) **Klient:**
 - a) osoba prawna,
 - b) spółka nieposiadająca osobowości prawnej,
 - c) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
- 12) **koszty leczenia** – udokumentowane i niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty, poniesione przez Ubezpieczonego w związku z leczeniem prowadzonym na zlecenie i pod kontrolą lekarza, mającym na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego optymalnego poziomu funkcjonowania organizmu oraz utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub organów;
- 13) **leczenie ambulatoryjne** – leczenie, zabiegi, badania niewymagające całodobowego przebywania w szpitalu;
- 14) **nagłe zachorowanie** – powstały w okresie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 15) **nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w okresie ubezpieczenia nagłe, niespodziewane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego Ubezpieczony nie ze swojej woli doznał uszkodzeń ciała, rozstroju zdrowia, lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek uznaje się również:
 - a) zawał serca i udar mózgu, jeżeli choroby te zostały zdiagnozowane przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia;
 - b) obrażenia ciała powstałe u Ubezpieczonego wskutek ataków epilepsji;za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się przeciążenia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 16) **odszkodowanie** – kwota, wypłacana Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej z tytułu roszczenia powstałego w wyniku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego powstanie szkody w mieniu, za które TUZ Ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność;
- 17) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wydzielony oddział szpitalny wyposażony w specjalistyczny sprzęt do ciągłego monitorowania procesów życiowych pacjentów, przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej opieki medycznej;
- 18) **Operacja** – inwazyjny zabieg medyczny przeprowadzony w szpitalu, przez lekarza uprawnionego do jego wykonania, w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, niezbędny z medycznego punktu widzenia – w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów nagłego lub poważanego zachorowania bądź też następstw nieszczęśliwego wypadku.
Operacją w rozumieniu OWU, nie jest zabieg przeprowadzany w celach diagnostycznych, niewymagający pobytu w szpitalu, niewynikające ze wskazań medycznych, a także wszelkiego rodzaju iniekcje, punkcje, biopsje, nakłucia, dializy, wżernikowania, cewnikowania, kaniulacje, wenesekcje, zgłębnikowanie, tamponady;
- 19) **operacja plastyczna** – operacja, wykonywana w placówce medycznej, przez lekarza uprawnionego do jej wykonywania, mająca na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia;
- 20) **osoba bliska** – małżonek lub osoba, z którym Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, dzieci, pasierbowie, dzieci przysposobione oraz przyjęte na wychowanie, rodzice, ojczym, macocha, teściowie, przysposabiający, dziadkowie, wnuki, rodzeństwo, zięciowie, synowie;
- 21) **pandemia** – rodzaj epidemii obejmującej zasięgiem obszar całego kraju, kontynentu bądź kuli ziemskiej, cechujący się masowym wzrostem zachorowań na określoną chorobę zakaźną w danym okresie czasu;
- 22) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne i przedmioty wspomagające proces leczniczy, przepisane przez lekarza;
- 23) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu lub klinice, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 h; jako pierwszy dzień pobytu przyjmuje się dzień rejestracji, a jako ostatni – dzień wypisu ze szpitala; za dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt;
- 24) **poważne zachorowanie** – wystąpienie po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, potwierdzonej jednoznacznie diagnozą lekarską choroby, która spełnia jedną z poniższych definicji:
 - a) **anemia aplastyczna** – niedokrwistość wskutek upośledzenia czynności krwiotwórczej szpiku kostnego, której wynikiem jest anemia, neutropenia, trombocytopenia, wymagająca leczenia w drodze przeszczepu szpiku kostnego, transfuzja krwi, leczenie metoda pobudzającą odnowę szpiku kostnego;

- b) **choroba Alzheimera** – upośledzenie intelektualne o trwałym i postępującym charakterze spowodowane nieodwracalną chorobą mózgu, objawiająca się istotnym ograniczeniem funkcjonowania umysłowego osoby, która wymaga opieki osób trzecich; ochroną nie są objęte podobne objawy wywołane przez guzy mózgu, otępienia pochodzenia naczyniowego, psychozy, stany depresyjne u osób w wieku podeszłym lub demencje pochodzenia organicznego;
- c) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – ciężkie schorzenie układu nerwowego spowodowane zakażeniem od chorego na BSE była; choroba Creutzfeldta-Jakoba jest analogiczną do BSE chorobą prionową, charakteryzującą się postępującym otępieniem, któremu towarzyszy zaburzenia widzenia, zaburzenia psychiatryczne, drgawki, utrata zdolności ruchowej, głębokie wyniszczenie organizmu i w konsekwencji śmierć chorego;
- d) **choroba Parkinsona** – przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego powstałe wskutek pierwotnego zwyrodnienia komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzące do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę; rozpoznanie musi dotyczyć co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów:
- drżenie spoczynkowe,
 - spowolnienie ruchowe i plastyczne,
 - wzmożenie napięcia mięśniowego (sztywność mięśniowa), zmniejszające się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopamineryczny w szczególności lewodopu;
- do stwierdzenia choroby Parkinsona konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;
- e) **ciężkie oparzenie** – oparzenie wymagające hospitalizacji i obejmujące:
- dla oparzeń II stopnia ponad 70% powierzchni ciała,
 - dla oparzeń II i III stopnia łącznie ponad 50% powierzchni ciała,
 - dla oparzeń III stopnia ponad 20% powierzchni ciała;
- f) **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** – przebiecie operacji kardiologicznej polegającej na wszczepieniu pomostów naczyniowych w celu korekcy dwóch lub więcej zwężonych lub niedrożnych naczyń wieńcowych; za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej nie uznaje się: angioplastyki, innych zabiegów wewnątrznaczyniowych, zabiegów endoskopowych, a także wszelkich zabiegów związanych z tą chorobą zaplanowanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- g) **nowotwór złośliwy** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub odległe przerzuty; do nowotworów złośliwych zalicza się także: białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina); poważna choroba musi być zdiagnozowana przez lekarza specjalistę w zakresie onkologii, potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwór in situ, dysplazja, zmiany przednowotworowe;
- h) **niewydolność nerek** – nieodwracalna utrata funkcjonalności obu nerek niezależnie od przyczyny, wywołująca konieczność regularnej dializy lub hemodializy nerek Ubezpieczonego lub prowadząca do przeszczepu organu;
- i) **oponiak** – łagodny nowotwór mózgu, rozpoznany w badaniu histopatologicznym, nie będący torbielą, malformacją naczyniową, guzem przysadki, guzem rdzenia kręgowego ziarniakiem lub inną zmianą w ośrodkowym układzie nerwowym;
- j) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu wypadku lub choroby, z tym że obejmuje to paraliż trwający dłużej niż 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- k) **przewlekłe zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 180 dni; warunkami zdiagnozowania jest podwyższony poziom (więcej niż 1,5 × górna granica normy) wartość AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres 180 dni, stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+), kliniczne cechy niewydolności wątroby, wodobrzusza, obecności „pajęczaków naczyniowych” na skórze;
- l) **piorunujące zapalenie wątroby** – niewydolność wątroby spowodowana zapaleniem wątroby wywołanym infekcją wirusową; konieczne jest stwierdzenie wystąpienia następujących objawów: gwałtowne pogorszenie parametrów czynności wątroby wskazujące na masowe uszkodzenie miąższu wątroby, obiektywne objawy encefalopatii wątrobowej, martwica wątroby obejmująca całe zraziki z pozostawieniem siateczki zapadniętych naczyń z wyłączeniem gdy piorunujące zapalenie wątroby powstało wskutek próby samobójczej, samozatrucia, przedawkowania leków lub nadużycia alkoholu;
- m) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonego jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z kompletnych narządów: serca, płuca, wątroby, nerek lub trzustki; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przeszczepy narządów innych niż wymienione, części narządów, tkanek lub komórek, a także wszelkie zabiegi obejmujące przeszczep narządów zaplanowane przed zawarciem umowy ubezpieczenia;

- n) **sepsa (posocznica)** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
- o) **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzone stwierdzeniem, co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych w badaniu metodą magnetycznego rezonansu jądrowego; warunkiem uznania zasadności roszczenia jest stwierdzenie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy;
- p) **śpiączka** – stan bez przytomności objawiający się całkowitym brakiem reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne utrzymujący się nieprzerwanie powyżej 96 godzin pomimo zastosowania aparatury podtrzymującej funkcje życiowe i stan doprowadzający do trwałego istotnego ubytku neurologicznego; ochroną nie są objęte stany wywołane przez nadużycie środków chemicznych oraz stan śpiączki wywołany lub przedłużany w celu terapeutycznym – śpiączka farmakologiczna;
- q) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku wskutek choroby, z zastrzeżeniem, że trwałe schorzenia orzeka się dopiero po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę;
- r) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy potwierdzona odpowiednim specjalistycznym badaniem wskutek:
- resekcji narządu mowy (krtani);
 - przewlekłej choroby krtani;
 - uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu;
- s) **zakażenie wirusem HIV** – zakażenie w wyniku transfuzji krwi lub w związku z wykonywanym zawodem, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 25) **pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, a także kontraktu menedżerskiego lub innej umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest świadczenie pracy; na potrzeby niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się przynależność przystępujących do ubezpieczenia do następujących organizacji: związek zawodowy, związek sportowy, klub sportowy, stowarzyszenie, w sytuacji gdy organizacje te zawierają umowy ubezpieczenia grupowego na rachunek swoich członków;
- 26) **rehabilitacja** – niezbędne z medycznego punktu widzenia, wykonywane przez uprawnione osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, zalecone przez lekarza leczenie usprawniające następstwa nieszczęśliwego wypadku, mające na celu uzyskanie optymalnego poziomu funkcjonowania organizmu oraz utraconych czynności uszkodzonego narządu lub organu;
- 27) **reklamacja** – wystąpienie skierowane do TUZ Ubezpieczenia przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TUZ Ubezpieczenia;
- 28) **ruch komunikacyjny** – ruch, w których Ubezpieczony uczestniczy jako pieszy, pasażer lub kierujący środkiem lokomocji w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 29) **skarga** – wystąpienie skierowane przez Klienta, z wyłączeniem spraw objętych zakresem podmiotowym i przedmiotowym zarezerwowanym dla reklamacji, dotyczące zaniedbań uchybień, czy też nienależytego wykonania obowiązków przez jednostki organizacyjne TUZ Ubezpieczenia lub agentów ubezpieczeniowych, z którymi współpracuje TUZ Ubezpieczenia;
- 30) **sporty o charakterze zawodowym** – sport uprawiany przez Ubezpieczonego za wynagrodzeniem, a także taki, za którego uprawianie otrzymuje sukcesywnie dietę, nagrody pieniężne lub inną korzyść o charakterze majątkowym;
- 31) **sporty wysokiego ryzyka** – abseiling, alpinizm, alpinizm podziemny, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, bungee, base jumping, downhill Mtb, heli-skiing, heli-snowboarding, jazda na rowerze, w tym górskim, po terenie obfitym w przeszkody (muldy, koleiny skoczne) lub po specjalnie przygotowanych trasach (z wyjątkiem miejskich i turystycznych dróg rowerowych), kiteboarding, kite-skiing, kite-snowboarding, myślistwo, paralotniarstwo, parkour, rugby, spadochroniarstwo, speleologia, sporty lotnicze, sporty motorowodne w ramach sekcji sportowych, szybownictwo, wspinaczka, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska, wyczynowa jazda na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi albo przyrodniczymi, wyprawy w obszary górskie lub wyżynne na wysokości powyżej 5500 m n.p.m.;
- 32) **sporty uprawiane amatorsko** – aktywność sportowa, której celem jest odpoczynek lub rozrywka:
- a) wodne: surfing, narciarstwo wodne, wioślarstwo, żeglarstwo, kitesurfing, nurkowanie przy użyciu aparatów oddechowych i płetwo- nurkowanie sportowe, kajakarstwo górskie, freediving, wakeboarding,

- b) zimowe: hokej, łyżwiarstwo, narciarstwo, snowboard, saneczkarstwo;
- 33) **szkoda osobowa** – szkoda będąca następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego: śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
- 34) **szkoda w mieniu** – szkoda będąca następstwem zdarzenia ubezpieczeniowego polegająca na zniszczeniu, uszkodzeniu lub utracie mienia;
- 35) **szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, działający zgodnie z przepisami prawa polskiego, mający za zadanie diagnostykę i całodobową opiekę medyczną przy wykorzystaniu wykwalifikowanego personelu medycznego; za szpital w rozumieniu niniejszych OWU nie uważa się: domów opieki, sanatoriów, hospicjów, ośrodków i oddziałów rehabilitacyjnych, wypoczynkowych i leczenia uzależnień oraz szpitali sanatoryjnych i szpitali jednodniowych;
- 36) **środki lokomocji**:
- a) lądowe pojazdy w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym, z wyłączeniem quadów i hulajnóg z napędem silnikowym;
- b) urządzenia pływające o napędzie silnikowym: statek wodny, prom, wodołot i poduszkowiec z wyłączeniem skuterów wodnych, a także z wyłączeniem kajaków, pontonów, rowerów wodnych;
- c) statki powietrzne, rozumiane jako urządzenia zdolne do unoszenia się w atmosferze, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, motolotni, skrzydłowców oraz spadochronów.
- 37) **świadczenie** – kwota, wypłacana Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej z tytułu roszczenia powstałego w wyniku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego powodującego powstanie szkody osobowej, za które TUZ Ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność;
- 38) **Tabela norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu** – dokument, zawierający wykaz uszkodzeń ciała łącznie z towarzyszącymi powikłaniami oraz odpowiadający mu procentowy przedział uszczerbku na zdrowiu przysługujący za określone uszkodzenia ciała rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej. Tabela jest dostępna na stronie internetowej www.tuz.pl;
- 39) **trwała niezdolność do pracy** – powstała w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, trwała i całkowita niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzona decyzją właściwego organu powołanego do orzekania o niezdolności do pracy lub niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi;
- 40) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do zapłacenia składki, także osoby fizyczne i członkowie rodziny Ubezpieczonego, którzy po ustaniu stosunku zatrudnienia u danego pracodawcy indywidualnie kontynuują dotychczasowe ubezpieczenie grupowe;
- 41) **Ubezpieczony** – pracownik, na rzecz którego Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia; w przypadku ubezpieczenia rodzinnego, także zgłoszony do ubezpieczenia członek rodziny pracownika; w przypadku indywidualnej kontynuacji umowy ubezpieczenia – osoba, która dotychczas była objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego opłacająca składkę samodzielnie za siebie i zgłoszonego do umowy ubezpieczenia członka rodziny;
- 42) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawierana przez TUZ Ubezpieczenia z Ubezpieczającym na cudzy rachunek, przy czym minimalna grupa osób przystępujących do ochrony ubezpieczeniowej na warunkach niniejszych OWU nie może być mniejsza niż 5 osób;
- 43) **ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane** – kontynuacja ubezpieczenia grupowego przez osobę fizyczną, a także ubezpieczonych członków rodziny – po ustaniu stosunku zatrudnienia; umowa ubezpieczenia może zostać zawarta z TUZ Ubezpieczenia przez osobę uprzednio objętą ubezpieczeniem grupowym, na podstawie złożonego przez nią wniosku o kontynuowanie grupowego ubezpieczenia pod warunkiem, że wniosek ten został złożony w ciągu trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca, za który została opłacona składka w ramach ubezpieczenia grupowego;
- 44) **ubezpieczenie rodzinne** – umowa ubezpieczenia, na podstawie której w ramach ubezpieczenia grupowego ochroną objęty jest Ubezpieczony oraz co najmniej jeden zgłoszony przez niego do ubezpieczenia członek jego rodziny;
- 45) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie niedokrwienia lub zawału tkanki mózgowej, zatoru, zakrzepu lub krwotoku wewnątrz czaszkowego, powodujące zmiany neurologiczne utrzymujące się ponad 24 godzin;
- 46) **umowa ubezpieczenia zawarta na odległość** – umowa zawierana z Ubezpieczającym, będącym konsumentem bez jednoczesnej fizycznej obecności stron, z wyłącznym wykorzystaniem jednego lub większej liczby środków porozumiewania się na odległość, do chwili zawarcia umowy włącznie;
- 47) **Uprawniony** – osoba wyznaczona imiennie przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego; w razie niewyznaczenia Uprawnionego lub gdy Uprawniony

zmarł przed dniem zgonu Ubezpieczonego albo gdy Uprawniony utracił prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:

- a) współmałżonkowi;
 - b) dzieciom w równych częściach – wobec braku współmałżonka;
 - c) rodzicom w równych częściach – wobec braku współmałżonka i dzieci;
 - d) rodzeństwu w równych częściach – wobec braku współmałżonka, dzieci i rodziców;
 - e) wobec braku osób wymienionych powyżej – na zasadach ogólnych, zgodnie z postanowieniami Kodeksu cywilnego;
- 48) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, powodujące trwałe upośledzenie czynności organizmu, nie rokujące poprawy;
- 49) **wspólne gospodarstwo domowe** – wspólne zamieszkiwanie osób i związane z tym wspólne zaspokajanie potrzeb życiowych, połączone z wzajemną ścisłą współpracą w załatwianiu codziennych spraw związanych z prowadzeniem domu, wyróżniające się cechą stałości;
- 50) **wypadek w ruchu komunikacyjnym** – nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ Ubezpieczony będąc jego uczestnikiem jako pieszy, kierowca lub pasażer w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
- 51) **zawał serca** – martwica mięśnia serca powstała w wyniku jego niedokrwienia, wykazująca objawy elektrokardiograficzne, biochemiczne oraz rozpoznana w badaniach obrazowych takich jak ECHO, tomografia komputerowa;
- 52) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową TUZ Ubezpieczenia na podstawie OWU, którego wystąpienie powoduje szkodę osobową lub szkodę w mieniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków, którym uległ Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia lub śmierci Ubezpieczonego.
3. TUZ Ubezpieczenia obejmuje ochroną ubezpieczeniową zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) i poza granicami kraju, z zastrzeżeniem ogólnych wyłączeń odpowiedzialności określonych w OWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa trwa całodobowo.
5. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego;
 - 3) koszty zakupu, wypożyczenia, naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
 - 4) koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego;
 - 5) koszty leczenia Ubezpieczonego;
 - 6) świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku, który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 7) trwała niezdolność do pracy;
 - 8) świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 9) świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania;
 - 10) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki;
 - 11) świadczenie z tytułu poważnego zachorowania;
 - 12) koszty pogrzebu Ubezpieczonego;
 - 13) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu drogowym,
 - 14) świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie zachorowania na Covid;
 - 15) koszty operacji;
 - 16) koszty operacji plastycznych.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ

1. **Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.**
 - 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, TUZ Ubezpieczenia wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia określonej dla pakietu wybranego przez Ubezpieczonego.

- 2) Świadczenie zostanie wypłacone, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpi w terminie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 - 3) Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu następstwa nieszczęśliwego wypadku w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł w ciągu 12 miesięcy na skutek tego samego nieszczęśliwego wypadku – świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest w wysokości różnicy kwoty należnego świadczenia z tego tytułu i kwoty otrzymanego wcześniej świadczenia z tytułu następstwa nieszczęśliwego wypadku w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 4) Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uprawnionemu, na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów na zasadach szczegółowo określonych w § 14 OWU.
- 2. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu pod warunkiem, że trwały uszczerbek nastąpił przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 - 2) Suma wszystkich świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100 % sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia.
 - 3) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez TUZ Ubezpieczenia na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu, którą TUZ Ubezpieczenia na żądanie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uprawnionego z umowy ubezpieczenia udostępnia w sposób z nimi uzgodniony.
 - 4) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później niż przed upływem 24 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
 - 5) TUZ Ubezpieczenia zastrzega sobie możliwość zasięgnięcia opinii niezależnego eksperta w celu ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu.
 - 6) Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu uwzględnia się wcześniejszą utratę lub uszkodzenie organu, narządu lub układu w taki sposób, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu właściwym dla danego organu, narządu lub układu w związku z następstwami nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed zajściem nieszczęśliwego wypadku.
 - 7) Przy ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie bierze się pod uwagę charakteru czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 3. Koszty zakupu, wypożyczenia, naprawy przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczonemu koszty poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zakup, wypożyczenie, naprawę przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych maksymalnie do wysokości 20% sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków, nie więcej jednak niż 15 000,00 zł.
 - 2) Zwrot kosztów przysługuje pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz poniesienia kosztów, o których mowa powyżej, nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
 - 3) Zwrot kosztów następuje na podstawie kopii zlecenia lekarskiego oraz kopii rachunków lub faktur imiennie wystawionych na Ubezpieczonego lub osobę, która te koszty poniosła.
- 4. Koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia zwróci poniesione koszty przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego, który w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, utracił w sposób trwały zdolność do wykonywania pracy zarobkowej w dotychczasowym zawodzie.
 - 2) Zwrot kosztów przysługuje pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie do wysokości 20% określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków sumy ubezpieczenia nie więcej niż 15 000,00 zł.
 - 3) Poniesione, udokumentowane koszty przekwalifikowania zawodowego, zostaną zwrócone Ubezpieczonemu pod warunkiem przedstawienia odpowiedniej decyzji uprawnionego do tego organu państwowego w przedmiocie celowości przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego.
 - 4) Zwrot kosztów następuje na podstawie kopii odpowiedniej decyzji, o której mowa w pkt. 3) powyżej oraz kopii rachunków lub faktur imiennie wystawionych na Ubezpieczonego lub osobę, która te koszty poniosła w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku. Zwrot kosztów przysługuje pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 5. Koszty leczenia Ubezpieczonego.**

- 1) TUZ Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczonemu powstałe nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, udokumentowane koszty leczenia poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 2) Refundacji przez TUZ Ubezpieczenia, podlegają koszty leczenia zalecone przez lekarza, jako niezbędne z medycznego punktu widzenia – maksymalnie do wysokości 30% sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków jednak nie więcej niż 15 000,00 zł.
 - 3) Kosztami leczenia w rozumieniu definicji określonej w § 2 pkt. 11) OWU są:
 - a) zakup środków opatrunkowych, lekarstw i innych medykamentów;
 - b) honoraria lekarskie;
 - c) koszty badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - d) koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - e) koszty leczenia ambulatoryjnego;
 - f) koszty rehabilitacji zleconej przez lekarza;
 - g) koszt porady psychologicznej, jakiej musiał poddać się Ubezpieczony w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie do wysokości 300,00 zł w okresie odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia;
 - h) koszty leczenia stomatologicznego poniesione w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w wysokości do 1 200,00 zł w okresie odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie więcej niż 300,00 zł na odbudowę jednego utraconego lub uszkodzonego zęba stałego.
 - 4) Zwrot kosztów leczenia następuje na podstawie kopii rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego lub osobę, która te koszty poniosła, pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 6. Świadczenie z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku, który nie pozostawił trwałego uszczerbku na zdrowiu.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 2 % sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków, gdy Ubezpieczony wskutek nieszczęśliwego wypadku doznał uszczerbku na zdrowiu, który nie jest uwzględniony w Tabeli norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu na podstawie, której TUZ Ubezpieczenia wypłaca świadczenia lub gdy u Ubezpieczonego orzeczono trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 0%.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - a) istnieje związek przyczynowo - skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a doznany uszczerbkiem;
 - b) leczenie powypadkowe wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i zaistniała konieczność odbycia co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza w trakcie trwania leczenia, a Ubezpieczony był niezdolny do pracy lub nauki przez co najmniej 7 dni;
 - c) w przypadku urazu narządu ruchu, na zlecenie lekarza został on trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnier ortopedyczny, gorset), na co najmniej 14 dni lub leczenie trwało dłużej niż 21 dni.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone na podstawie dostarczonej do TUZ Ubezpieczenia dokumentacji lekarskiej potwierdzającej leczenie zgodne z postanowieniami określonymi w pkt. 2) lit. b i c niniejszego ustępu.
- 7. Świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do pracy.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków z tytułu trwałej niezdolności do pracy. Świadczenie przysługuje pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem istnienia związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem a doznany trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
 - 3) Świadczenie wypłacane jest niezależnie od sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
 - 4) Świadczenie zostanie wypłacone na podstawie decyzji właściwego organu powołanego do orzekania o niezdolności do pracy lub niepełnosprawności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa stwierdzającej u Ubezpieczonego brak rokowań do odzyskania zdolności do wykonywania pracy zarobkowej w przyszłości.
- 8. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.**
- 1) Świadczenie wypłacone zostanie za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków, jednak nie więcej niż 100,00 zł dziennie.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 1 dnia pobytu w szpitalu i nie dłużej niż przez okres 90 dni, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu nie był krótszy niż 3 dni.
 - 3) W przypadku pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, TUZ Ubezpieczenia jednorazowo wypłaci Ubezpieczonemu ryczałtowe świadczenie w wysokości 500,00 zł.

- 4) Świadczenie określone w pkt. 3) powyżej zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony na skutek nieszczęśliwego wypadku przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej nie krócej niż 48 godzin.
 - 5) Świadczenia wypłacane są w związku z udokumentowanym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, w okresie ubezpieczenia, zaleconym przez lekarza specjalistę, w trakcie którego Ubezpieczony poddany został leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku.
 - 6) Świadczenie określone w pkt. 1) i 3) powyżej nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku.
 - 7) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie), karty informacyjnej ze szpitala;
 - c) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Ubezpieczonemu w procesie likwidacji szkody.
 - 8) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- 9. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania.**
- 1) Świadczenie wypłacone zostanie za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, nie więcej jednak niż 50,00 zł.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za każdy dzień nieprzerwanego pobytu w szpitalu, począwszy od 1 dnia pobytu i nie dłużej niż przez 60 dni pod warunkiem, że pobyt w szpitalu nie był krótszy niż 3 dni.
 - 3) W przypadku pobytu Ubezpieczonego na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, TUZ Ubezpieczenia jednorazowo wypłaci Ubezpieczonemu ryczałtowe świadczenie w wysokości 300,00 zł.
 - 4) Świadczenie określone w pkt. 3) powyżej zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony na skutek nagłego zachorowania przebywał na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej nie krócej niż 48 godzin.
 - 5) Świadczenia wypłacane są w związku z udokumentowanym pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, w okresie ubezpieczenia, zaleconym przez lekarza specjalistę, w trakcie którego Ubezpieczony poddany został leczeniu nagłej choroby zaistniałej i zdiagnozowanej w okresie odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia.
 - 6) Zakresem ochrony ubezpieczeniowej nie są objęte przewidziane przed nagłym zachorowaniem pobytu w szpitalu oraz zabiegi i operacje, które zostały ustalone w trybie planowanym i nie są związane z nagłym zachorowaniem.
 - 7) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem, która zawiera diagnozę lekarską (rozpoznanie) oraz karty informacyjnej ze szpitala;
 - c) niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Ubezpieczonemu w procesie likwidacji szkody.
 - 8) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- 10. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub nauki w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.**
- 1) Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki powstałej w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) począwszy od 1 dnia czasowej niezdolności do pracy lub nauki, lecz nie dłużej niż do 90 dnia od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem pobytu w szpitalu nie krócej niż 24h;
 - b) począwszy od 11 dnia czasowej niezdolności do pracy lub nauki, lecz nie dłużej niż do 90 dnia od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Ubezpieczony leczony był ambulatoryjnie.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości 0,1% sumy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, za każdy dzień czasowej niezdolności do pracy lub nauki powstałej wskutek nagłego zachorowania:
 - a) począwszy od 8 dnia niezdolności do pracy lub nauki, lecz nie dłużej niż do 90 dnia od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem pobytu w szpitalu nie krócej niż 24h;
 - b) począwszy od 15 dnia niezdolności do pracy lub nauki, lecz nie dłużej niż do 90 dnia od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli Ubezpieczony leczony był ambulatoryjnie.

- 3) Świadczenie określone w pkt. 1 lit. a) powyżej nie zostanie wypłacone, jeżeli nie zaistniała odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, a niezdolność do pracy lub nauki trwała krócej niż 11 dni.
- 4) Świadczenie określone w pkt. 2 lit. b) powyżej nie zostanie wypłacone, jeżeli niezdolność do pracy lub nauki trwała krócej niż 15 dni.
- 5) Zakresem ochrony nie są objęte przewidziane i nie są związane z nagłym zachorowaniem pobytu w szpitalu oraz zabiegi i operacje, które zostały ustalone w trybie planowanym i nie są związane z nagłym zachorowaniem.
- 6) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) zaświadczenia lekarskiego wystawionego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i karty leczenia szpitalnego, jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu;
 - c) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Ubezpieczonemu w procesie likwidacji szkody.
- 7) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w czasie trwania umowy ubezpieczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

11. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.

- 1) Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia zostanie wypłacone z tytułu wystąpienia jednego z poważnych zachorowań wymienionych w § 2 pkt. 20) lit a) - s) OWU pod warunkiem, że zostało ono zdiagnozowane i wszystkie symptomy poważnego zachorowania nastąpiły u Ubezpiezonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia TUZ Ubezpieczenia.
- 2) Świadczenie, o którym mowa w pkt. 1) powyżej jest wypłacane jeden raz w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
- 3) Suma ubezpieczenia wskazana jest w umowie ubezpieczenia.
- 4) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) dokumentacji lekarskiej zawierającej jednoznaczną diagnozę lekarską potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania będącego jednym z wymienionych w § 2 pkt. 20 lit. a) - s) niniejszych OWU;
 - c) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Ubezpieczonemu w procesie likwidacji szkody.

12. Koszty pogrzebu Ubezpiezonego.

- 1) Świadczenie z tytułu kosztów pogrzebu zostanie wypłacone, o ile śmierć Ubezpiezonego nastąpiła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, w tym również w następstwie wypadku w ruchu komunikacyjnym.
- 2) Świadczenie wypłaca się osobie, która poniosła koszty pogrzebu Ubezpiezonego.
- 3) Zwrot kosztów pogrzebu następuje w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy wydatkami poniesionymi na zorganizowanie pogrzebu, a kwotą pokrytą z powszechnego ubezpieczenia społecznego nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia wskazana w umowie ubezpieczenia.
- 4) Za koszty pogrzebu uważa się udokumentowane koszty: przygotowania ciała zmarłego do pogrzebu lub kremacji, zakup trumny lub urny, transport na terenie RP ciała zmarłego do miejsca pogrzebu lub kremacji, czynności związane z pogrzebem lub kremacją, zakup miejsca na cmentarzu, zakup i ustawienie nagrobka (z wmurowaniem płyty nagrobnej), zakup odzieży dla zmarłego, zakup kwiatów.
- 5) Do kosztów objętych ochroną ubezpieczeniową nie zalicza się zakupu odzieży dla żałobników oraz opłat kościelnych.
- 6) Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia.
- 7) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) kopii imiennych rachunków lub faktur;
 - c) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Uprawnionemu w procesie likwidacji szkody.
- 8) Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje koszty pogrzebu poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

13. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpiezonego w następstwie wypadku w ruchu komunikacyjnym.

- 1) Świadczenie wypłacane jest w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż 24 miesiące od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku w ruchu komunikacyjnym, jaki wydarzył się w czasie trwania odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia.
 - 2) Suma ubezpieczenia jest określona w dokumencie ubezpieczenia i wynosi 200% sumy ubezpieczenia określonej dla następstw nieszczęśliwych wypadków.
 - 3) Świadczenie zostanie wypłacone Uprawnionemu po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) kopii karty statystycznej zgonu i kopii aktu zgonu;
 - c) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, wskazanych Uprawnionemu w procesie likwidacji szkody.
- 14. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu następstwie zachorowania na Covid.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w następstwie zachorowania na COVID 19, w wysokości 500 zł.
 - 2) Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w wyniku zachorowania na COVID- 19 trwał co najmniej 2 dni.
 - 3) Odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia z tytułu niniejszego świadczenia rozpoczyna się nie wcześniej niż 7 dni od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 - 4) Wypłata świadczenia przysługuje maksymalnie 1 raz w okresie ubezpieczenia i wyczerpuje sumę ubezpieczenia wskazaną w dokumencie ubezpieczenia dla niniejszego świadczenia.
 - 5) Świadczenie zostanie wypłacone po zweryfikowaniu zasadności roszczenia na podstawie dostarczonych do TUZ Ubezpieczenia dokumentów:
 - a) zgłoszenia szkody;
 - b) dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność poddania się leczeniu szpitalnemu w związku z zachorowaniem na COVID 19, która zwiera diagnozę lekarską (rozpoznanie);
 - c) karty informacyjnej ze szpitala;
 - d) dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń.
- 15. Koszty operacji.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczonemu powstałe nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, udokumentowane koszty operacji poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 2) Refundacji przez TUZ Ubezpieczenia, podlegają koszty operacji, zalecanej przez lekarza, jako niezbędnej z medycznego punktu widzenia – maksymalnie do wysokości 1 000 zł.
 - 3) Jeżeli w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja, wówczas przysługuje wyłącznie jedno świadczenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
 - 4) Zwrot kosztów operacji następuje na podstawie rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego lub osobę, która te koszty poniosła, pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność przeprowadzenia operacji.
- 16. Koszty operacji plastycznych.**
- 1) TUZ Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczonemu powstałe nie później niż w ciągu 24 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, udokumentowane koszty operacji plastycznej, poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 2) Refundacji przez TUZ Ubezpieczenia, podlegają koszty operacji plastycznej, zalecanej przez lekarza, jako niezbędnej z medycznego punktu widzenia – maksymalnie do wysokości 3 000 zł.
 - 3) Jeżeli w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku została wykonana więcej niż jedna operacja plastyczna, wówczas przysługuje wyłącznie jedno świadczenie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
 - 4) Zwrot kosztów operacji plastycznej następuje na podstawie rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego lub osobę, która te koszty poniosła, pod warunkiem istnienia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia w zakresie świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, dokumentacji medycznej potwierdzającej konieczność przeprowadzenia operacji.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI**§ 5**

1. TUZ Ubezpieczenia nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych wskutek:
 - 1) umyślnego działania Ubezpieczonego;
 - 2) samobójstwa, samookaleczenia, okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub świadomego spowodowania rozstroju zdrowia niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) omdleń i utraty przytomności spowodowanej chorobą, z zastrzeżeniem, że wyłączenie to nie dotyczy utraty przytomności spowodowanej zawałem serca, udarem mózgu lub atakiem epilepsji;
 - 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu lub obsługi maszyn bez wymaganych prawem uprawnień, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 6) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, lokautu, jakichkolwiek działań zbrojnych;
 - 7) choroby zakaźnej lub zakażenia w rozumieniu Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - 8) kosztów leczenia chorób wywołanych epidemią, pandemią (wyłączenie nie dotyczy świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu następstwie zachorowania na Covid);
 - 9) udziału Ubezpieczonego w marszach protestacyjnych i wiecach, strajkach, zamieszkach, bójkach, rozruchach, aktach terroru lub sabotażu;
 - 10) udziału Ubezpieczonego w zawodach pojazdów silnikowych: w tym rajdach, jazdach próbnych i testowych oraz zadaniach kaskaderskich;
 - 11) posługiwania się przez Ubezpieczonego materiałami lub wyrobami pirotechnicznymi lub wybuchowymi;
 - 12) użycia przez Ubezpieczonego broni palnej oraz uczestnictwie w polowaniach;
 - 13) działań polegających na usiłowaniu lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 14) skażenia radioaktywnego, chemicznego, jądrowego, napromieniowania.
2. Odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w związku z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka lub sportów o charakterze zawodowym.
3. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe wskutek:
 - 1) nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 2) wszelkich chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle (nie dotyczy zawału serca i udaru mózgu, omdleń wskutek ataku epilepsji), poważnych i nagłych zachorowań oraz chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu nerwowego, wad wrodzonych i ich następstw, chorób zawodowych i przewlekłych;
 - 3) zatrucia alkoholem, narkotykami, środkami odurzającymi, innymi środkami farmakologicznymi i psychotropowymi lub podobnie działającymi środkami;
 - 4) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba, że leczenie było spowodowane bezpośrednimi następstwami nieszczęśliwych wypadków objętych ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) błędów w sztuce lekarskiej, eksperymentów medycznych, inwazyjnych zabiegów kosmetycznych wykonywanych przez osoby nieposiadające uprawnień do ich wykonywania;
 - 6) poddania się zabiegom o charakterze medycznym i paramedycznym poza kontrolą lekarzy;
 - 7) zdiagnozowanych chorób, stanów chorobowych i wypadków związanych z uszkodzeniami ciała lub rozstrojem zdrowia istniejącymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia;
 - 8) schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych oraz innych chorób, nawet występujących nagle albo ujawniających się po zajściu nieszczęśliwego wypadku.
4. Ponadto odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia nie obejmuje:
 - 1) strat materialnych związanych z nieszczęśliwym wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych lub wszelkiego mienia;
 - 2) czystych strat finansowych poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 3) zadośćuczynienia za poniesiony ból oraz cierpienie fizyczne i moralne.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**§ 6**

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia TUZ Ubezpieczenia potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
2. Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego, który stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego powinien zawierać co najmniej następujące informacje: okres ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, dane Ubezpieczającego, liczbę i dane osób zgłoszonych do ubezpieczenia na podstawie podpisanych deklaracji przystąpienia w formie wykazu imiennego, sumę ubezpieczenia, wykonywany przez Ubezpieczonych rodzaj czynności zawodowych.
4. TUZ Ubezpieczenia może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od informacji podanych we wniosku o ubezpieczenie oraz od dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o które zapyta Ubezpieczającego.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres dwunastu miesięcy, chyba że strony umówiły się inaczej.

§ 7

1. Umowa może zostać zawarta w formie:
 - 1) indywidualnej: w formie imiennej, wyłącznie w przypadku umowy ubezpieczenia dotyczącej indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zarówno przez pracownika jak i członków rodziny, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia grupowego;
 - 2) grupowej:
 - a) imiennej;
 - b) bezimiennej;
 - 3) rodzinnej: wyłącznie imiennej.
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnych Ubezpieczonych w trakcie okresu ubezpieczenia może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z pierwszym dniem następnego miesiąca kalendarzowego od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia i opłacenia składki we wskazanym w dokumencie ubezpieczenia terminie.
3. W przypadku zawarcia umowy w formie bezimiennej, objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych Ubezpieczonych następuje z chwilą spełnienia kryterium przynależności do grupy określonej szczegółowo w umowie ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia rodzinnego, wszystkie osoby zostają objęte ochroną ubezpieczeniową w takim samym zakresie ubezpieczenia, z takimi samymi sumami ubezpieczenia, rozszerzeniami zakresu ochrony ubezpieczeniowej i na taki sam okres ubezpieczenia jak ubezpieczony pracownik.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia jako umowy ubezpieczenia grupowego w formie imiennej lub bezimiennej, minimalna liczba Ubezpieczonych na podstawie tej umowy wynosi 5. Wszystkie osoby objęte są ochroną ubezpieczeniową na taki sam okres ubezpieczenia.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej, ochroną ubezpieczeniową muszą być objęte wszystkie osoby spełniające kryterium przynależności do grupy określonej szczegółowo w umowie ubezpieczenia.
7. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na odległość. Warunkiem zawarcia umowy na odległość za pośrednictwem strony internetowej TUZ Ubezpieczenia jest zapoznanie się i zaakceptowanie postanowień regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną dostępnym na stronie internetowej TUZ Ubezpieczenia, OWU i warunkami umowy, a w przypadku zawarcia umowy za pośrednictwem Internetu następuje z chwilą zapłaty składki ubezpieczeniowej lub jej pierwszej raty w ustalonym terminie.

SUMA UBEZPIECZENIA**§ 8**

1. Górną granicą odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia jest suma ubezpieczenia określona dla następstw nieszczęśliwych wypadków, która stanowi każdorazowo podstawę do ustalenia wysokości świadczeń i odszkodowań określonych dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Suma ubezpieczenia jest ustalana z Ubezpieczającym, zostaje określona w dokumencie ubezpieczenia i dotyczy jednego Ubezpieczonego.

3. Sumę ubezpieczenia ustala się na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe.
4. Suma ubezpieczenia ulega zmniejszeniu o wartość każdego wypłaconego świadczenia/odszkodowania.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**§ 9**

1. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki za ubezpieczenie uzależniona jest od: zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, liczby Ubezpieczonych, sumy ubezpieczenia, dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia, charakteru prowadzonej działalności lub wykonywanej pracy zawodowej przez osoby przystępujące do ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo lub w ratach.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę ubezpieczeniową lub jej raty w terminach i na rachunek bankowy TUZ Ubezpieczenia, określonych w dokumencie ubezpieczenia.
5. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie przelewu, za dzień zapłaty uważa się dzień zlecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym, pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowały się wystarczające środki pieniężne. W innym przypadku za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku TUZ Ubezpieczenia pełną kwotą składki.
6. Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość składki lub jej raty jest niższa niż określona w dokumencie ubezpieczenia. Rozliczanie składki w ubezpieczeniu grupowym odbywa się w terminach ustalonych z Ubezpieczającym: miesięcznych lub kwartalnych, a ostateczne rozliczenie następuje z końcem okresu ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki lub pierwszej raty składki do końca miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony podpisał deklarację przystąpienia do grupowej lub rodzinnej umowy ubezpieczenia. W przypadku rozłożenia składki na miesięczne raty, płatność kolejnych rat składki ustala się w terminie do 5 dnia każdego miesiąca kalendarzowego za miesiąc poprzedni, na podstawie sporządzonych imiennych wykazów osób przystępujących i odstępujących od umowy ubezpieczenia.
8. Rozliczenie składki następuje na podstawie faktycznej liczby Ubezpieczonych w trakcie trwania umowy, na podstawie pisemnie zgłoszonego przez Ubezpieczającego wykazu osób przystępujących lub odstępujących od umowy ubezpieczenia grupowego przekazywanego do TUZ Ubezpieczenia w ustalonych terminach.
9. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za każdy dzień niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
10. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje TUZ Ubezpieczenia wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI**§ 10**

1. Odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, jako początek ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem opłacenia składki lub jej pierwszej raty za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia w terminie wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, chyba że strony umówiły się inaczej.
2. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek, odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający zgłosił TUZ Ubezpieczenia nową osobę do ubezpieczenia grupowego.
3. Jeżeli TUZ Ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, TUZ Ubezpieczenia może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność. W razie braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
4. W razie opłacania składki w ratach, niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki powoduje ustanie odpowiedzialności, jeżeli po upływie terminu TUZ Ubezpieczenia wezwało Ubezpieczającego do zapłaty raty składki z zastrzeżeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 11 ust. 1 oraz § 11 ust. 2 OWU;
 - 3) z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia określonym w § 12 ust. 1 OWU;

- 4) z upływem 7 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty zaległej raty składki wraz z zagrożeniem że brak zapłaty raty składki w wyznaczonym terminie spowoduje ustanie odpowiedzialności, o którym mowa w § 10 ust.4 OWU.
6. Wobec Ubezpiezonego, odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia ustaje:
 - 1) w dniu śmierci Ubezpiezonego;
 - 2) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub odszkodowań równych górnej granicy odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym TUZ Ubezpieczenia otrzymał informację o odstąpieniu Ubezpiezonego od umowy ubezpieczenia grupowego;
 - 4) ustania stosunku łączącego Ubezpiezonego i Ubezpieczającego, który stał się podstawą do objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową, a Ubezpieczony nie złożył do TUZ Ubezpieczenia wniosku o indywidualną kontynuację umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia na podstawie § 12 ust.4 OWU.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

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. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim TUZ Ubezpieczenia udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.
3. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia może zostać złożone w formie pisemnej, doręczone osobiście lub wysłane do przedstawiciela TUZ Ubezpieczenia lub TUZ Ubezpieczenia lub w formie elektronicznej, przesłane do TUZ Ubezpieczenia na adres: centrala@tuz.pl.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim TUZ Ubezpieczenia udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

1. 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.
2. Wypowiedzenie umowy następuje w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 30 dniowego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym złożył przedmiotowe oświadczenie.
5. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas określony może być wypowiedziana przez TUZ Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w sytuacjach wskazanych w przepisach prawa, a także z ważnych powodów, za które uważa się:
 - 1) zatajenie lub podanie nieprawdziwych okoliczności, o które TUZ Ubezpieczenia pytało przed zawarciem umowy, a które miały wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego lub wysokość należnej składki;popętnienie przez Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na rachunek innej osoby, przestępstwa pozostającego w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO**§ 13**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) podać do wiadomości TUZ Ubezpieczenia wszystkie znane sobie okoliczności, o które przed zawarciem umowy ubezpieczenia TUZ Ubezpieczenia pytało w formularzu ubezpieczenia albo w innych pismach; jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane;
 - 2) niezwłocznie zgłaszać TUZ Ubezpieczenia wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia szkody, o które TUZ Ubezpieczenia pytało w formularzu ubezpieczenia albo innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 pkt. 1) i 2) niniejszego paragrafu spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
3. TUZ Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 niniejszego paragrafu nie zostały podane do jego wiadomości.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek o charakterze grupowym, Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować TUZ Ubezpieczenia, czy Ubezpieczeni finansują koszt składki ubezpieczeniowej.
5. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć osobom przystępującym do umowy ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez nich zgody na finansowanie składki, przekazane mu przez TUZ Ubezpieczenia - warunki umowy ubezpieczenia, OWU oraz informację, które postanowienia OWU określają przesłanki wypłaty odszkodowania, a także ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia, tj. informacje, o których mowa w art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Informacje dostarczone przez TUZ Ubezpieczenia będą przekazywane Ubezpieczonemu przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na piśmie, albo jeżeli osoby zainteresowane wyrażą na to zgodę, na innym trwałym nośniku.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest ponadto do:
 - 1) opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie;
 - 2) umożliwienia TUZ Ubezpieczenia zasięgnięcia informacji dotyczących okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) przekazywania do TUZ Ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia grupowego, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia:
 - a) listy osób przystępujących do ubezpieczenia;
 - b) list osób występujących z ubezpieczenia;
 - c) rozliczania składek należnych za ochronę ubezpieczeniową.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY**§ 14**

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego mogącego powodować odpowiedzialność TUZ Ubezpieczenia, Ubezpieczony obowiązany jest:
 - 1) niezwłocznie zgłosić się do lekarza i zastosować się do jego zaleceń;
 - 2) użyć wszelkich dostępnych środków w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) jeżeli stan zdrowia na to pozwala, powiadomić niezwłocznie TUZ Ubezpieczenia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, nie później niż w terminie 14 dni od daty zajścia tego zdarzenia lub uzyskania o nim informacji, chyba że wskutek nieszczęśliwego wypadku nie mógł tego uczynić, w takiej sytuacji powinien to uczynić w terminie 7 dni od ustąpienia przyczyny niezgłoszenia szkody;
 - 4) poddać się badaniom lekarskim na koszt TUZ Ubezpieczenia w celu rozpoznania zgłoszonych obrażeń, o ile zaistnieje taka konieczność;
 - 5) dostarczyć do TUZ Ubezpieczenia zgłoszenie szkody zawierające:
 - a) dane Ubezpieczającego;
 - b) dane Ubezpieczonego;
 - c) dane Uprawnionego, jeżeli zgłaszającym jest Uprawniony do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;

- d) szczegółowy opis okoliczności i datę zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) dostarczyć do TUZ Ubezpieczenia dokumentację medyczną potwierdzającą doznanie przez Ubezpieczonego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, stwierdzającą rozpoznanie (diagnozę lekarską) oraz uzasadniającą konieczność poddania się leczeniu i prowadzenia określonego sposobu leczenia;
 - 7) dostarczyć do TUZ Ubezpieczenia inne dokumenty wskazane w trakcie likwidacji szkody, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia lub odszkodowania;
 - 8) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – Uprawniony do otrzymania świadczenia jest zobowiązany dostarczyć dodatkowo kopię aktu zgonu i kopię karty statystycznej zgonu;
 - 9) zabezpieczyć dowody związane z zajściem nieszczęśliwego wypadku i zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego w celu uzasadnienia roszczenia.
- 2. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony nie zgłosił szkody w terminie wskazanym w ust. 1 pkt. 3), TUZ Ubezpieczenia może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 3. Skutki braku powiadomienia TUZ Ubezpieczenia o szkodzie nie następują, jeżeli TUZ Ubezpieczenia w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
 - 4. W razie niedopełnienia pozostałych obowiązków, o których mowa w ust. 1, TUZ Ubezpieczenia może odmówić wypłaty świadczenia lub je odpowiednio zmniejszyć, o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia, bądź ustalenie rozmiarów szkody.
 - 5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony obowiązany jest dostarczyć do TUZ Ubezpieczenia kopie postanowienia o umorzeniu dochodzenia wszczętego w związku z zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, którego następstwem jest objęcie ochroną zdarzenie ubezpieczeniowe, bądź odpis prawomocnego orzeczenia sądowego w terminie umożliwiającym TUZ Ubezpieczenia zajęcie stanowiska w sprawie ewentualnego dalszego postępowania.
 - 6. Jeżeli przeciwko Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu w związku z zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem, którego następstwem było objęcie ochroną zdarzenie ubezpieczeniowe wszczęte zostało postępowanie karne lub cywilne, Ubezpieczony lub Uprawniony jest zobowiązany niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni od uzyskania wiadomości, powiadomić o tym fakcie TUZ Ubezpieczenia.
 - 7. Ponadto Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) zwolnić lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę medyczną nad Ubezpieczonym, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej lub wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej – w zakresie niezbędnym do uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego informacji o jego stanie zdrowia, poprzez złożenie odpowiedniego oświadczenia przy zgłaszaniu roszczenia lub w trakcie likwidacji szkody;
 - 2) umożliwić TUZ Ubezpieczenia zasięgnięcie informacji dotyczących okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.

OBOWIĄZKI TUZ UBEZPIECZENIA**§ 15**

- 1. TUZ Ubezpieczenia ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekst OWU oraz innych dokumentów i formularzy niezbędnych do prawidłowego zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, TUZ Ubezpieczenia informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego szkody, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia lub wysokości odszkodowania, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak Uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 4. TUZ Ubezpieczenia udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez TUZ Ubezpieczenia udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez TUZ Ubezpieczenia.

5. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, TUZ Ubezpieczenia udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
6. Sposób:
 - 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu;
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 4 niniejszego paragrafu informacji;
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 4 niniejszego paragrafu- nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu.
7. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
8. TUZ Ubezpieczenia przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 4 niniejszego paragrafu, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

USTALENIE WYSOKOŚCI SZKODY I ODSZKODOWANIA

§ 16

1. Ustalenie zasadności wypłaty świadczenia lub odszkodowania oraz ich wysokości następuje na podstawie przedłożonych przez Ubezpiezonego lub Uprawnionego dokumentów, przy czym TUZ Ubezpieczenia ma prawo do ich weryfikacji oraz zasięgania opinii specjalistów.
2. Ubezpieczony lub Uprawniony ma obowiązek udostępnić inne dokumenty, które TUZ Ubezpieczenia uzna za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
3. Dokumenty stanowiące dowód poniesionych kosztów w związku z udzieleniem Ubezpieczonemu pomocy medycznej powinny zawierać następujące informacje:
 - 1) dane Ubezpiezonego;
 - 2) dane identyfikacyjne placówki medycznej udzielającej pomocy;
 - 3) dane identyfikacyjne lekarza lub osoby uprawnionej do reprezentowania placówki medycznej.
4. Zwrot wszelkich kosztów objętych ochroną ubezpieczeniową dokonywany jest na podstawie rachunków i dowodów opłat umożliwiających identyfikację osoby poddanej leczeniu.
5. W razie wypłaty świadczenia lub odszkodowania z więcej niż jednego tytułu, świadczenia lub odszkodowania wypłacane są według kolejności zgłaszania roszczeń, a zwrot kosztów realizowany jest w kolejności wpływu do TUZ Ubezpieczenia dokumentów potwierdzających ich poniesienie.
6. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest Ubezpieczonemu, Uprawnionemu, osobie upoważnionej lub w razie refundacji kosztów, osobie która te koszty poniosła.
7. TUZ Ubezpieczenia wypłaca świadczenie lub odszkodowanie w złotych polskich, bez względu na miejsce zaistnienia nieszczęśliwego wypadku oraz rodzaj poniesionych kosztów.
8. Koszty poniesione w walutach obcych przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski z dnia ustalenia świadczenia lub odszkodowania.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA LUB ODSZKODOWANIA

§ 17

1. TUZ Ubezpieczenia wypłaca świadczenie lub odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia Ubezpiezonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym określenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń, wysokości świadczenia lub odszkodowania, zawartej z Ubezpieczonym lub Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Wysokość wypłaconego świadczenia lub odszkodowania nie może być wyższa od poniesionej szkody.
3. Świadczenie lub odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie.
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności TUZ Ubezpieczenia albo wysokości świadczenia lub odszkodowania w terminie określonym w ust. 3 niniejszego paragrafu okazało się niemożliwe, świadczenie lub odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było

- możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia lub odszkodowania TUZ Ubezpieczenia wypłaca w terminie określonym w ust. 3 niniejszego paragrafu.
5. Jeżeli w terminach określonych w ust. 3-4 niniejszego paragrafu, TUZ Ubezpieczenia nie wypłaci świadczenia lub odszkodowania, zawiadamia na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą zdarzenie ubezpieczeniowe oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli nie jest on zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 6. Jeżeli świadczenie lub odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, TUZ Ubezpieczenia informuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia lub odszkodowania. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 7. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia nie zgadza się z odmową zaspokojenia roszczeń lub ustaloną wysokością świadczenia lub odszkodowania, może złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez TUZ Ubezpieczenia.
 8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo dochodzenia swoich roszczeń przed sądem według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, niezależnie od prawa żądania ponownego rozpatrzenia sprawy przez TUZ Ubezpieczenia.

REKLAMACJE I SKARGI

§ 18

1. Reklamacja albo skarga może być złożona w każdej jednostce TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta.
2. Reklamacja albo skarga może być złożona w następujących formach:
 - 1) pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie TUZ Ubezpieczenia lub w innej jednostce TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta,
 - b) przesyłką pocztową wysłaną na adres siedziby TUZ Ubezpieczenia lub innej jednostki TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta,
 - 2) ustnej:
 - a) telefonicznie na numer: (+48) 22 327 60 60,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie TUZ Ubezpieczenia lub w innej jednostce TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta;
 - 3) pocztą elektroniczną na adres: reklamacje@tuz.pl;
 - 4) korzystając z formularza umieszczonego na stronie internetowej www.tuz.pl;
 - 5) wysłana na adres TUZ Ubezpieczenia do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręzeniach elektronicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 z późn. zm.), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy.
3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania reklamacji albo skargi, reklamacja albo skarga powinna zawierać w szczególności:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa) Klienta,
 - 2) adres zamieszkania (siedziby) Klienta lub adres do korespondencji oraz numer telefonu kontaktowego,
 - 3) numer polisy lub numer szkody lub numer sprawy jeżeli taki został nadany.
4. Na żądanie Klienta TUZ Ubezpieczenia potwierdza fakt otrzymania reklamacji albo skargi w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
5. Odpowiedź na reklamację albo skargę, powinna być udzielona bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji albo skargi. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji albo skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, TUZ Ubezpieczenia powinno przekazać Klientowi, który wystąpił z reklamacją albo skargą,

informację w której:

- a) wyjaśni przyczynę opóźnienia,
 - b) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - c) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji albo skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Odpowiedź na reklamację albo skargę powinna być udzielona w formie pisemnej (w postaci papierowej) albo wysłana na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1045 z późn. zm.), wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy.
 8. Odpowiedź na reklamację albo skargę udzielona w formie pisemnej powinna być wysłana przesyłką pocztową lub listem poleconym wysłanym na adres wskazany przez Klienta.
 9. Na wyłączny wniosek Klienta odpowiedź na reklamację albo skargę może być dostarczona pocztą elektroniczną lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
 10. TUZ Ubezpieczenia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, lub w inny uzgodniony przez strony umowy sposób, chyba że postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym OWU, przewidują inaczej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. 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.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
5. Spór między klientem a TUZ Ubezpieczenia może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a TUZ Ubezpieczenia, prowadzonego przez Rzecznika Finansowego: adres strony internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl.
6. Przez klienta, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu rozumie się osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować TUZ Ubezpieczenia o zmianie adresu bądź siedziby w jednej z form wskazanych w ust. 1 niniejszego paragrafu.

§ 20

1. OWU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu TUZ Ubezpieczenia TU S.A. Nr U/3/2025 z dnia 28 sierpnia 2025 r.
2. OWU wchodzi w życie z dniem 9 września 2025 r.