

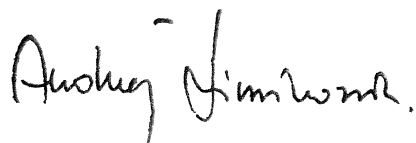
## Aneks nr 3

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Kosztów Leczenia i Następstw Nieszczęśliwych Wypadków przyjętych uchwałą Rady Nadzorczej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” nr RN/42/2005 z dnia 27 września 2005 r., zwanych dalej OWU, Aneksu nr 1 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu TUW „TUZ” Nr U/50/2007 z dnia 18 lipca 2007 r. oraz Aneksu nr 2 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr U/85/2015 z dnia 30 października 2015 r.

1. Niniejszym Aneksem wprowadza się do OWU informacje o postanowieniach zawartych w OWU, zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1844) oraz rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń (Dz. U. 2015 r., poz. 2189).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	OWU: § 2, § 4 pkt 1-13, § 5 – § 8, § 17 - § 19, § 21 - § 22, § 23, § 28 - § 36, § 37 - § 39 Aneks nr 1: § 3, § 4, § 5, § 6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 9, § 11, § 12 - § 16, § 22, § 27, § 30 ust. 4, § 34, § 36, § 40 ust. 3 - 4 Aneks nr 1: § 5, §10, §11 ust. 3

2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr U/121/2015 z dnia 29 grudnia 2015 roku.
3. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.



Andrzej Liminowicz

Wiceprezes Zarządu TUZ TUW



Elżbieta Chojnowska

Członek Zarządu TUZ TUW

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ****ROZDZIAŁ I****POSTANOWIENIA OGÓLNE****§ 1**

Ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków za granicą, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” z siedzibą w Warszawie, zwane dalej Towarzystwem, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającym.

**§ 2**

1. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych niniejszymi OWU - postanowienia szczególne - wyłącznie w formie pisemnej.
2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych, niniejsze OWU mają zastosowanie, jeśli wprowadzone do umowy postanowienia szczególne nie stanowią inaczej.
3. Ubezpieczający może dokonać zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. W takim przypadku postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do osoby trzeciej - Ubezpieczonego.

**§ 3**

W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia oraz postanowieniami niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

**§ 4**

Przez użyte w niniejszych OWU pojęcia rozumie się:

- 1) bagaż podróżny - rzeczy osobistego użytku zabrane w podróż oraz drobne upominki; za bagaż podróżny uważa się również: aparaty fotograficzne, kamery video, rowery;
- 2) choroba przewlekła - zdiagnozowana, przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, choroba o długotrwałym przebiegu, stale lub okresowo leczona;
- 3) grupowe ubezpieczenie - ubezpieczenie obejmujące grupę osób fizycznych należących do określonej zbiorowości: zakładu pracy, jednostki organizacyjnej, stowarzyszenia, klubu, szkoły, uczelni, uczestników wczasów, pielgrzymek, itp. na rzecz których zawarto umowę ubezpieczenia;
- 4) impreza turystyczna - zorganizowany pobyt za granicą Rzeczypospolitej Polskiej (RP), trwający ponad 24 godziny, przez biuro podróży, zakład pracy, związek wyznaniowy lub innego instytucjonalnego organizatora; udział Ubezpieczającego w imprezie turystycznej potwierdzony musi być pisemną umową uczestnictwa z określonymi warunkami rezygnacji z imprezy;
- 5) indywidualne ubezpieczenie - ubezpieczenie osoby fizycznej wskazanej imiennie w polisie;
- 6) nagłe zachorowanie - stan chorobowy powstały w sposób nagły po przekroczeniu granicy RP przy wyjeździe z kraju, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczającego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 7) nieszczęśliwy wypadek - zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, trwałego rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek uważa się również zawał serca i wylew krwi do mózgu;

- 8) osoba bliska - małżonek, dzieci, rodzice;
- 9) trwałe uszczerbek na zdrowiu - naruszenie sprawności organizmu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodujące upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy;
- 10) Ubezpieczony - osoba określona w umowie ubezpieczenia, której zdrowie i życie są przedmiotem umowy ubezpieczenia;
- 11) Uprawniony - osoba określona w umowie ubezpieczenia, która jest upoważniona do odbioru świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego; w razie nie wyznaczenia osoby uprawnionej, odszkodowanie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego w następującej kolejności:
  - a) małżonkowi,
  - b) dzieciom,
  - c) rodzicom,
  - d) innym ustawowym spadkobiercom;
- 12) polisa - dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 13) zdarzenie losowe - pożar, huragan, powódź, deszcz nawalny, grad, lawina, uderzenie pioruna, trzęsienie, zapadanie lub osuwanie się ziemi, wybuch, upadek statku powietrznego.

**ROZDZIAŁ II****PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA****§ 5**

1. Przedmiotem ubezpieczenia są koszty leczenia Ubezpieczającego przebywającego za granicą RP, który bezzwłocznie musiał poddać się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem mającym miejsce po przekroczeniu granicy RP.
2. Za koszty leczenia uważa się poniesione wydatki z tytułu:
  - 1) pobytu w szpitalu;
  - 2) leczenia, badań lekarskich, wizyt lekarskich, zabiegów ambulatoryjnych, operacji;
  - 3) zakupu niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
  - 4) naprawy i zakupu okularów oraz protez w przypadku, gdy ich uszkodzenie związane było z nieszczęśliwym wypadkiem, o którym mowa w ust. 1;
  - 5) transportu chorego z miejsca wypadku lub zachorowania do szpitala lub pogotowia oraz pomiędzy placówkami medycznymi;
  - 6) koniecznego transportu Ubezpieczonego do kraju, zleconego przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą - najtańszym dostępnym środkiem lokomocji zaakceptowanym przez lekarza prowadzącego chorego poza granicami RP;
  - 7) podróży, utrzymania i noclegu osoby towarzyszącej niezbędnej do załatwienia spraw związanych z umieszczeniem chorego w szpitalu i jego powrotem do kraju (zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego chorego poza granicami RP);
  - 8) sprowadzenia zwłok Ubezpieczonego do RP (do miejsca zameldowania lub do miejsca pochowania zwłok), do wysokości kosztów sprowadzenia zwłok pobieranych przez polskie przedsiębiorstwa zajmujące się sprowadzaniem zwłok z zagranicy.

**§ 6**

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków polegające na trwałym uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
  - 1) śmierć Ubezpieczonego będącą następstwem nieszczęśliwego

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ**

wypadku;

- stały uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

**§ 7**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest bagaż podróży zabrany przez Ubezpieczonego w podróż zagraniczną.
- Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje utratę uszkodzenie lub zniszczenie bagażu podróжного w przypadku:
  - udokumentowanej kradzieży z włamaniem lub rabunku pod warunkiem pozostawienia bagażu podróжного w miejscu zakwaterowania (z wyłączeniem namiotu), pozostawionymi na terenie strzeżonym: samochodzie, przyczepie kempingowej, samochodowej lub jednostce pływającej;
  - przekazania bagażu podróжного zawodowemu przewoźnikowi na podstawie dokumentu przewozowego;
  - zaistnienia zdarzenia losowego, zniszczenia lub uszkodzenia bagażu w wyniku akcji ratowniczej prowadzonej w związku z tymi zdarzeniami;
  - wypadku środka komunikacji;
  - utrącenia możliwości sprawowania opieki nad bagażem podróжным, znajdującym się pod bezpośrednią opieką Ubezpieczonego, na skutek wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania;
  - pozostawienia bagażu za pokwitowaniem w przechowalni bagażowej lub w zamkniętym indywidualnym pomieszczeniu bagażowym.

**§ 8**

- Przedmiotem ubezpieczenia są straty finansowe poniesione w wyniku rezygnacji z imprezy turystycznej przez Ubezpieczonego lub jego wcześniejszego powrotu z imprezy turystycznej z powodów określonych w ust. 2.
- Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje rezygnację z imprezy turystycznej lub wcześniejszy powrót z imprezy turystycznej z następujących powodów:
  - nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonego zaświadczeniem lekarskim o przeciwwskazaniach do odbycia podróży zagranicznej oraz śmierć Ubezpieczonego;
  - nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku potwierdzonego zaświadczeniem lekarskim oraz śmierć osoby bliskiej;
  - szkody w mieniu Ubezpieczonego powstałe na skutek zdarzenia losowego lub będące następstwem przestępstwa potwierdzone zaświadczeniem odpowiednich władz, powodujące konieczność dokonania czynności prawnych i administracyjnych przez Ubezpieczonego.
- Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące koszty poniesione przez Ubezpieczonego:
  - pobyt w ośrodku wypoczynkowym, hotelu, domu wczasowym, itp.;
  - rezerwacja miejsca w ośrodku wypoczynkowym, hotelu, domu wczasowym, itp.;
  - wynajęcie samochodu poza granicami RP;
  - uczestnictwa w imprezach fakultatywnych;
  - wcześniejszego powrotu do Polski będący różnicą między kosztem wykupionego biletu a kosztem biletu zakupionego z powodu wcześniejszego powrotu - wyłącznie w sytuacji, gdy transport na i z imprezy turystycznej był określony w umowie uczestnictwa.

**ROZDZIAŁ III****WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI****§ 9**

- Ubezpieczonemu nie przysługuje zwrot poniesionych kosztów leczenia, jeżeli istniały przeciwwskazania lekarskie co do odbycia podróży zagranicznej.
- Towarzystwo nie odpowiada za koszty leczenia i następstwa nieszczęśliwych wypadków oraz za szkody w bagażu podróжным i za rezygnację z imprezy turystycznej lub wcześniejszy powrót z imprezy turystycznej powstałe i związane z:
  - kosztami leczenia, których wysokość nie przekracza równowartości 20 USD wg średniego kursu NBP w dniu ustalenia odszkodowania;
  - nie przekraczające, bądź równe 100 zł w przypadku szkód w bagażu podróжным;
  - chorobą, której początek miał miejsce w kraju, przed wyjazdem za granicę;
  - zdarzeniem spowodowanym umyślnie przez Ubezpieczonego lub wynikającymi z jego rażącego niedbalstwa, lub osoby za które ponosi odpowiedzialność oraz osoby bliskie;
  - usiłowaniem lub popełnieniem samobójstwa, samookaleczenia lub przestępstwa przez Ubezpieczonego;
  - działaniami wojennymi, stanem wyjątkowym, zamieszkami, rozruchami, strajkami, udziałem w bójkach;
  - leczeniem będącym skutkiem używania alkoholu, nikotyny, narkotyków lub podobnie działających środków odurzających, psychotropowych;
  - leczeniem chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS, kosztami środków antykoncepcyjnych;
  - usuwaniem ciąży, bez względu na okoliczności towarzyszące przeprowadzaniu zabiegu;
  - opieką w czasie ciąży, sztucznym zapłodnieniem i każdym innym leczeniem bezpłodności, odbytym porodem oraz wszelkimi związanymi z nim kosztami leczenia i opieką nad matką i dzieckiem;
  - zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego, ciążą Ubezpieczonego lub osoby bliskiej;
  - chorobami przewlekłymi, chronicznymi, chorobami zawodowymi, chorobami i zaburzeniami psychicznymi, wadami wrodzonymi;
  - leczeniem przekraczającym zakres niezbędny do przywrócenia stanu zdrowia Ubezpieczonego do stanu umożliwiającego powrót do kraju celem kontynuowania leczenia;
  - pośrednim i bezpośrednim działaniem materiałów radioaktywnych;
  - wypadkiem drogowym powstałym w czasie prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków odurzających lub bez wymaganych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
  - operacją plastyczną i zabiegami kosmetycznymi;
  - uszkodzeniem ciała, spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane;
  - leczeniem stomatologicznym - za wyjątkiem nagłych stanów zapalnych i poniesionymi w związku z tym kosztami do równowartości 100 USD - protetycznym i profilaktycznym;
  - pobytem w sanatoriach i uzdrowiskach, kosztami specjalnego odżywiania, nawet w przypadku zalecenia przez lekarza;
  - świadczeniem w zakresie w jakim Ubezpieczonemu w związku z tym samym zdarzeniem przysługuje zwrot kosztów (świadczenie) z tytułu innej umowy ubezpieczenia lub które zostały pokryte przez inne instytucje;
  - przebywaniem w miejscach, na których obowiązuje zakaz poruszania się;

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ**

- 22) uprawianiem sportu wyczynowego;
  - 23) następstwem zwykłego zużycia, samozapalenia, zepsucia, wycieku, a w odniesieniu do przedmiotów tłukących się lub w opakowaniach szklanych - potłuczenia lub utraty wartości rzeczy uszkodzonej;
  - 24) uszkodzeniem toreb podróżnych, walizek, plecaków, itp.;
  - 25) dokumentami, pieniędzmi, papierami wartościowymi, książeczkami, czekami, bonami, biletami, kartami kredytowymi, biżuterią, kamieniami szlachetnymi, złotem, srebrem, platyną, dziełami sztuki, przedmiotami o wartości naukowej, kolekcjonerskiej, bronią;
  - 26) sprzętem komputerowym, gramy video, telefonami komórkowymi;
  - 27) namiotami i pozostałym sprzętem sportowym, za wyjątkiem rowerów;
  - 28) dodatkowym wyposażeniem, częściami zamiennymi do pojazdów mechanicznych oraz paliwem;
  - 29) przedmiotami, których ilość wskazuje na przeznaczenie handlowe oraz przedmiotów i części służących do prowadzenia działalności handlowo-usługowo-produkcyjnej;
  - 30) konfiskatą, zatrzymaniem lub zniszczeniem bagażu podróżnego przez organa celne lub inne władze;
  - 31) zdarzeniami zaistniałymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a zgłoszonymi w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte koszty rezygnacji z imprezy turystycznej w przypadku, gdy Ubezpieczony poinformuje organizatora imprezy o odwołaniu uczestnictwa, w terminie późniejszym niż 7 dni roboczych od daty zaistnienia przyczyny rezygnacji.
4. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczeniem nie są objęte również koszty leczenia i następstwa nieszczęśliwych wypadków związane z:
- 1) uprawianiem amatorsko niebezpiecznych dyscyplin sportowych takich jak np.: alpinizm, speleologia, skoki do wody, pletwonurkowanie, sporty motorowe i powietrzne;
  - 2) wykonywaniem pracy u zagranicznego pracodawcy, za które Ubezpieczony otrzymuje wynagrodzenie.

**§ 10**

Wypadki wymienione w § 9 ust. 4 mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa na wniosek Ubezpieczającego i po opłaceniu dodatkowej składki.

**§ 11**

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) strat materialnych związanych z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych lub wszelkiego mienia, chyba, że została zawarta umowa ubezpieczenia bagażu podróżnego;
- 2) czystych strat finansowych poniesionych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub nagłym zachorowaniem;
- 3) zadośćuczynienia za odniesiony ból, cierpienie fizyczne i moralne.

**ROZDZIAŁ IV  
SUMA UBEZPIECZENIA****§ 12**

1. Sumy ubezpieczenia związane z kosztami leczenia powstałymi poza granicami RP wynoszą w złotych równowartość USD:
  - 1) na obszarze Europy i Basenu Morza Śródziemnego: 10 000 USD, 20 000 USD, 30 000 USD;
  - 2) we wszystkich pozostałych krajach Świata: 20 000 USD, 30 000 USD, 50 000 USD.
2. Sumę ubezpieczenia przelicza się na złote według średniego kursu dolara

amerykańskiego ustalonego przez NBP i ogłoszonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

3. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 stanowią górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa i ulegają zmniejszeniu o wypłacone odszkodowanie.

**§ 13**

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu poniesione koszty leczenia do wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 12 ust. 1, z tym, że nie więcej niż:

- 1) 10% sumy ubezpieczenia w przypadku wydatków poniesionych na zabiegi ambulatoryjne, zakup niezbędnych leków i środków opatrunkowych, doraźną pomoc lekarską oraz na przewiezienie chorego z miejsca wypadku do ambulatorium;
- 2) 50% sumy ubezpieczenia w razie kosztów poniesionych na transport chorego do kraju lub kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego do RP;
- 3) 20% sumy ubezpieczenia na koszty podróży, utrzymania i noclegów osoby towarzyszącej, nie więcej jednak niż równowartość w złotych 30 USD na dzień;
- 4) równowartość w złotych 100 USD na koszty poniesione w związku z nagłym leczeniem stomatologicznym.

**§ 14**

5. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi kwota odpowiadająca:

- 1) 50% sumy ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- 2) 100% sumy ubezpieczenia, w sytuacji całkowitego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.

2. Minimalna suma ubezpieczenia na osobę wynosi 5 000 zł, zaś maksymalna 10 000 zł.

3. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.

**§ 15**

1. Sumy ubezpieczenia bagażu podróżnego wynoszą: 1 000 zł, 3 000 zł, 5 000 zł.

2. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa za szkody powstałe w wyniku kradzieży z włamaniem lub rabunku stanowi kwota odpowiadająca 40% sumy ubezpieczenia bagażu.

3. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 ulegają zmniejszeniu o wypłacone odszkodowanie.

**§ 16**

1. Suma ubezpieczenia kosztów poniesionych z tytułu rezygnacji z imprezy turystycznej odpowiada wartości (cenie) wydatków poniesionych w związku z uczestnictwem w imprezie turystycznej.

2. Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu poniesione koszty w poniższych granicach w zależności od daty zaistnienia przyczyny rezygnacji z imprezy turystycznej w odniesieniu do daty rozpoczęcia imprezy turystycznej:

- 1) na 15 i więcej dni przed rozpoczęciem imprezy – 20% poniesionych, a nie zrefundowanych przez organizatora imprezy kosztów;
- 2) między 14 a 8 dniem przed rozpoczęciem imprezy – 50% poniesionych,

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ**

- a nie zrefundowanych przez organizatora imprezy kosztów;
- 3) między 7 a 4 dniem przed rozpoczęciem imprezy – 60% poniesionych, a nie zrefundowanych przez organizatora imprezy kosztów,
- 4) na 3 i mniej dni przed rozpoczęciem imprezy – 70% poniesionych, a nie zrefundowanych przez organizatora imprezy kosztów.
3. W przypadku wcześniejszego powrotu z imprezy turystycznej Towarzystwo odpowiada w wysokości 70% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy kosztami poniesionymi na udział w całej imprezie a kosztami za faktycznie wykorzystany okres udziału w imprezie.

**ROZDZIAŁ V  
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA****§ 17**

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego w Towarzystwie.
2. Umowę ubezpieczenia kosztów odwołania uczestnictwa w imprezie turystycznej zawiera się w oparciu o oryginał umowy uczestnictwa w imprezie turystycznej, w terminie nie przekraczającym 5 dni roboczych od daty zawarcia umowy uczestnictwa i wpłaty zaliczki lub pełnej ceny imprezy turystycznej.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia i określenia należnej składki albo został sporządzony wadliwie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia względnie złożenia nowego wniosku.
4. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

**§ 18**

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres od 2 dni do 12 miesięcy.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie indywidualnej lub grupowej.
3. Indywidualna umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w formie imiennej.
4. Grupowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie imiennej z jednakową sumą ubezpieczenia dla wszystkich osób.
5. Grupową umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się w przypadku objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób należących do danej zbiorowości. Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek sporządzenia imiennej listy osób ubezpieczonych i dołączenia jej do wniosku ubezpieczeniowego.
6. Minimalna liczba osób wymagana przy ubezpieczeniu grupowym wynosi 5.

**§ 19**

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza polisą.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą wydania Ubezpieczającemu polisy.
3. Jeżeli osoba, na rzecz której zawiera się umowę ubezpieczenia przebywa za

granicą RP odpowiedzialność Towarzystwa zaczyna się po upływie 7 dni od daty zapłacenia składki.

4. Umowy ubezpieczenia nie można zawrzeć wcześniej niż na 30 dni przed rozpoczęciem terminu ubezpieczenia.

**ROZDZIAŁ VI  
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA  
§ 20**

1. Składka ubezpieczeniowa jest ustalana zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jej przedłużenia lub rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej może być ustalona - na mocy porozumienia stron - w sposób odbiegający od ustaleń taryfowych, z uwzględnieniem okoliczności wpływających na wielkość ryzyka.
3. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Towarzystwo udziela następujących zniżek i zwwyżek składki:
- 1) zniżki składki:
- a) generalne:
- za objęte udziały członkowskie w Towarzystwie,
  - za dokupienie udziałów członkowskich w Towarzystwie,
  - za bezskodowy przebieg ubezpieczenia,
  - za kontynuację umowy ubezpieczenia,
- b) za ubezpieczenie grupowe,
- c) za indywidualną ocenę ryzyka,
- d) obowiązujące wyłącznie w ubezpieczeniu kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków:
- za ogólny stan zdrowia i wiek do 55 lat,
  - za niewykonywanie pracy za granicą,
  - za nieuprawianie niebezpiecznych sportów za granicą,
- 2) zwwyżki składki:
- a) generalne:
- za niewykupienie członkostwa w Towarzystwie.

5. Składkę opłaca się jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
6. Wysokość składki ubezpieczeniowej, sposób i termin jej zapłaty są określane w polisie.
7. Składka za ubezpieczenie kosztów leczenia ustalana jest w dolarach amerykańskich i przeliczana na złote według średniego kursu dolara ustalonego przez NBP i ogłoszonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Składkę uznaje się za opłaconą w dniu jej zapłaty do rąk upoważnionego przez Towarzystwo przedstawiciela (agenta, pracownika) lub w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.

**ROZDZIAŁ VII  
POWSTANIE I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA  
§ 21**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się pod warunkiem opłacenia składki od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, jednakże nie wcześniej jednak niż po przekroczeniu granicy RP przy wyjeździe z kraju, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 3.
2. W przypadku ubezpieczenia kosztów poniesionych z tytułu rezygnacji

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ**

- z imprezy turystycznej odpowiedzialność ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki.
- Umowa ubezpieczenia może określić inny termin, od którego Towarzystwo będzie ponosiło odpowiedzialność z tytułu nawiązanego stosunku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniejszy niż termin określony w ust. 1.
  - Na uzasadniony wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może przyjąć odpowiedzialność z chwilą wystawienia dokumentu ubezpieczenia, w którym określona jest data i godzina zawarcia umowy.
  - Za datę, od której przysługuje zwrot składki przyjmuje się datę otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 1, przez Towarzystwo.
  - Zwrot składki (jej części) nie przysługuje, jeżeli:
    - w okresie ubezpieczenia nastąpiło zdarzenie, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty odszkodowania, świadczenia lub wypłaciło odszkodowanie, świadczenie;
    - składka podlegająca zwrotowi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych nie przekracza 20 zł.

**§ 22**

Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:

- z upływem terminu określonego w umowie ubezpieczenia;
- z chwilą przekroczenia granicy RP przy wjeździe do kraju, jeżeli wcześniej nie upłynął okres ubezpieczenia podany w polisie;
- z datą rozwiązania umowy wskutek odstąpienia lub wypowiedzenia;
- w razie wyczerpania sumy ubezpieczenia;
- z dniem zgonu Ubezpieczonego.

**ROZDZIAŁ VIII****ODSTĄPIENIE OD UMOWY I WYPOWIEDZENIE UMOWY****§ 23**

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego może nastąpić w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, gdy Ubezpieczającym jest osoba fizyczna i w terminie 7 dni, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca.
- Towarzystwo może ze skutkiem natychmiastowym odstąpić od umowy ubezpieczenia w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający podał we wniosku o ubezpieczenie informacje niezgodne ze stanem faktycznym.
- Towarzystwu przysługuje składka za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Każda ze stron umowy może w ciągu miesiąca od daty wypłaty świadczenia albo daty doręczenia odmowy jego wypłacenia, wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w każdej chwili z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

**ROZDZIAŁ IX****ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ****§ 24**

- W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem określonego w polisie końcowego terminu, Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego o zwrot składki i po złożeniu oryginału polisy w Towarzystwie.
- Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do wykorzystanego okresu ubezpieczenia. Rozpoczęty miesiąc polisowy uważa się za wykorzystany.

**ROZDZIAŁ X  
OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA****§ 25**

- Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego mające związek z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
- Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres i nie zawiadomił o tym Towarzystwa, pisma kierowane do Ubezpieczającego na adres ostatnio znany (wskazany w polisie lub właściwie złożonym, w trybie określonym w ust. 1 wywołują skutki prawne od chwili, w której nastąpiłoby ich doręczenie, gdyby Ubezpieczający nie zmienił adresu.

**ROZDZIAŁ XI****OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO****§ 26**

- W razie powstania wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu lub konieczność leczenia Ubezpieczający jest obowiązany:
  - starać się o złagodzenie skutków zdarzenia przez niezwłoczne uzyskanie pomocy lekarskiej i poddanie się zaleconemu leczeniu, w miarę możliwości korzystając z publicznej służby zdrowia;
  - uzyskać dokumentację lekarską stwierdzającą rozpoznanie choroby (diagnozę lekarską) uzasadniającą konieczność udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej, konieczność prowadzenia danego sposobu leczenia oraz inne dokumenty (dowody) związane z zaistniałym zdarzeniem;
  - zachować oryginały rachunków oraz dowody ich opłacenia, związane z kosztami leczenia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwym wypadkiem;
  - w stosunku do Towarzystwa zwolnić lekarza leczącego z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz pozwolić na udostępnienie dokumentacji z przebiegu leczenia;
  - zgłosić do Towarzystwa zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od daty powrotu do kraju, przedstawiając dokumenty lekarskie oraz dowody poniesionych kosztów;
  - na zlecenie Towarzystwa poddać się badaniu przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
  - w razie śmierci Ubezpieczonego, obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na Uprawnionym do otrzymania świadczenia.
- W przypadku zderzenia się pojazdów Ubezpieczony, o ile jest to możliwe, obowiązany jest do odnotowania danych pojazdu i osoby kierującej danym pojazdem, nazwy i adresu ubezpieczyciela OC posiadacza pojazdu, z którym doszło do kolizji oraz uzyskać jego oświadczenie o przebiegu zdarzenia.
- W razie szkody w ubezpieczonym bagażu podróжным Ubezpieczony

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA  
I NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW ZA GRANICĄ**

zobowiązany jest:

- 1) w przypadku zaginięcia bagażu podróznego powiadomić miejscowy organ policji, obsługę miejsca zakwaterowania, środka komunikacji, przechowalni bagażu, parkingu, przewoźnika i uzyskać pisemne potwierdzenie tego zdarzenia z wyszczególnieniem utraconych przedmiotów;
  - 2) w przypadku zniszczenia na skutek zdarzenia losowego - użyć dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody;
  - 3) zgłosić do Towarzystwa zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od daty powrotu do kraju przedstawiając listę utraconych lub zniszczonych przedmiotów z podaniem ich wartości oraz roku nabycia.
4. W razie szkody z ubezpieczenia kosztów poniesionych z tytułu rezygnacji z imprezy turystycznej Ubezpieczony zobowiązany jest:
- 1) poinformować organizatora imprezy o rezygnacji z uczestnictwa najpóźniej w ciągu 2 dni roboczych od daty zaistnienia przyczyny odwołania;
  - 2) uzyskać od organizatora potwierdzenie faktu rezygnacji z wyliczeniem poniesionych kosztów przez Ubezpieczonego;
  - 3) złożyć w Towarzystwie dokumenty potwierdzające zaistnienie przyczyny rezygnacji z imprezy turystycznej objętej ochroną ubezpieczeniową, dokumentację lekarską potwierdzającą nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek, zaświadczenie z policji o wystąpieniu szkody w mieniu Ubezpieczonego, zaświadczenie właściwych władz o wystąpieniu zdarzenia losowego;
  - 4) dostarczyć do Towarzystwa oryginały rachunków i dowody ich zapłaty za transport w przypadku wcześniejszego powrotu z imprezy turystycznej;
  - 5) zgłosić do Towarzystwa zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od daty wystąpienia odwołania uczestnictwa w imprezie turystycznej lub od daty wcześniejszego powrotu do kraju.

**§ 27**

Jeżeli Ubezpieczający nie wykonał obowiązków wymienionych w § 26 i miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia albo zabezpieczenie praw regresowych, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je umniejszyć o 20%.

**ROZDZIAŁ XII****USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA****§ 28**

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia odszkodowania.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzenia na własny koszt kserokopii lub odpisów akt szkodowych.

**§ 29**

1. Ustalenie zasadności i wysokości świadczenia następuje na podstawie dowodów przedłożonych przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego, jednakże Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji dokumentów

i zasięgnięcia opinii specjalistów.

2. Zasadność i wysokość świadczenia, odszkodowania z tytułu ubezpieczenia kosztów leczenia i następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się na podstawie:
  - 1) dowodu stwierdzającego konieczność bezzwłocznego poddania się leczeniu w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem;
  - 2) oryginalnych rachunków oraz dowodów opłat za udzieloną pomoc lekarską, pogotowie ratunkowe lub szpital, zakupione lekarstwa i środki opatrunkowe;
  - 3) zeznań świadków;
  - 4) orzeczenia lekarza Towarzystwa;
  - 5) w przypadku śmierci - świadectwa zgonu.
3. Na Ubezpieczonym lub Uprawnionym spoczywa obowiązek udowodnienia faktów, które mają znaczenie dla uzasadnienia zasadności i wysokości świadczenia.

**§ 30**

1. Rodzaj i wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a skutkiem w postaci śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Ustalenie związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1 oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje na podstawie dostarczonych dowodów wymienionych w § 26 ust. 1 oraz wyników badań lekarskich.
3. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu winien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego w razie dłuższego leczenia - najpóźniej w ciągu roku od dnia wypadku.
4. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, którego funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego uszczerbku właściwego dla stanu danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku istniejącego bezpośrednio przed wypadkiem.
6. W zależności od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca poszkodowanemu, który w wyniku wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości 1/100 sumy ubezpieczenia za każdy 1% (jeden procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku, poszkodowany zmarł w ciągu roku od dnia wypadku, Towarzystwo wypłaca Uprawnionemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
8. Jeżeli wypłacono jednorazowe świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie poszkodowany zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas Uprawnionemu,

gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego poszkodowanemu, przy czym potrąca się wypłaconą uprzednio kwotę.

9. Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, do określenia świadczenia przyjmuje się przypuszczalny procent tego uszczerbku, ustalony na podstawie dokumentacji lekarskiej.

#### § 31

1. W przypadku szkody w ubezpieczonym bagażu podróży odszkodowanie wypłacane jest w wartości rzeczywistej, z uwzględnieniem zużycia przedmiotów, na podstawie podanego przez Ubezpiezonego zestawienia uszkodzonych lub utraconych przedmiotów.
2. Jeżeli Ubezpieczony przed otrzymaniem odszkodowania odzyskał utracone przedmioty w stanie nieuszkodzonym, Ubezpiezonemu zwracane są koszty związane z ich odzyskaniem, do wysokości sumy jaka przyznana byłaby tytułem odszkodowania, gdyby przedmioty nie zostały odzyskane.
3. Jeżeli Ubezpieczony po otrzymaniu odszkodowania odzyskał utracone przedmioty w stanie nieuszkodzonym, Ubezpieczony zwraca Towarzystwu otrzymane odszkodowanie pomniejszone o koszty związane z ich odzyskaniem.

#### § 32

Odszkodowanie za koszty poniesione z tytułu rezygnacji z imprezy turystycznej lub w przypadku wcześniejszego powrotu do kraju ustala się w granicach określonych w § 16.

#### § 33

W przypadku zbiegu świadczeń z tytułu dwóch lub więcej ubezpieczeń z tego samego zdarzenia, odszkodowanie wypłaca się do wysokości szkody, w granicach sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem odszkodowań już wypłaconych lub wymagalnych z innych umów ubezpieczenia.

#### § 34

Wszystkie koszty przekraczające sumę ubezpieczenia, Ubezpieczony pokrywa we własnym zakresie.

#### § 35

1. Świadczenie wypłaca się w złotych niezależnie od miejsca wypadku.
2. Jeżeli w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem zostały poniesione wydatki w walucie obcej, wówczas Towarzystwo wypłaca świadczenie, na podstawie oryginalnych imiennych rachunków, w ich równowartości złotej po przeliczeniu według średniego kursu walut NBP z dnia ustalenia świadczenia.

#### § 36

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do proporcjonalnego zmniejszenia odszkodowania, jeżeli Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie podał informacje, na podstawie których Towarzystwo zastosowało wyższe niżli składki niż faktycznie przysługujące.

#### § 37

Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie, chyba że wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń

albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie

#### § 38

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu Towarzystwo informuje Ubezpiezonego o tym na piśmie w terminie określonym w § 37 wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz informując Ubezpiezonego o przysługujących mu środkach prawnych dalszego dochodzenia roszczeń.

#### § 39

1. Jeżeli Ubezpieczający lub Uprawniony nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do wysokości przyznanego świadczenia albo z odmową zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Towarzystwa.
2. Zarząd Towarzystwa jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpiezonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. Do rozstrzygania sporów wynikłych z tytułu umów zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków, właściwy jest sąd powszechny stosowny dla siedziby Towarzystwa lub Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

## ROZDZIAŁ XII

### PRZEJŚCIE ROSZCZEŃ NA TOWARZYSTWO

#### § 40

1. Z dniem wypłaty świadczenia związanego z poniesionymi kosztami leczenia, bagażu podróży, kosztów z tytułu rezygnacji z imprezy turystycznej Towarzystwo może dochodzić roszczeń od osoby odpowiedzialnej za powstały wypadek do wysokości wypłaconego odszkodowania (roszczenie regresowe). Jeśli Towarzystwo pokryło tylko część szkody, Ubezpiezonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń.
2. Nie przechodzą na Towarzystwo roszczenia Ubezpiezonego przeciwko osobom odpowiedzialnym za szkodę, z którymi pozostaje on we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, pracownikom Ubezpieczającego, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie, w stanie nietrzeźwym, po spożyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, bez posiadania uprawnień do kierowania pojazdami mechanicznymi albo gdy szkoda wynikła w czasie użycia pojazdu bez zgody Ubezpiezonego.
3. Na żądanie Towarzystwa, Ubezpieczający obowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osoby trzeciej, dostarczając informacji oraz przedkładając dokumenty konieczne do ich dochodzenia, a także przestrzegając terminów niezbędnych do dochodzenia tych roszczeń.
4. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Towarzystwa, zrzekł się roszczenia



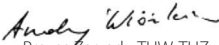
przeciwko osobie odpowiedzialnej za szkodę, lub je ograniczył, Towarzystwo może odmówić wypłaty odszkodowania lub je zmniejszyć. Jeżeli zrzeczenie się lub ograniczenie roszczenia zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania, Towarzystwu przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczającego zwrotu całości lub części wypłaconego odszkodowania.

**ROZDZIAŁ XIII  
 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 41**

1. Niniejsze OWU określają treść umowy ubezpieczenia, jeżeli zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zostały doręczone Ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. Fakt otrzymania niniejszych OWU Ubezpieczający poświadczą w formie pisemnej na dokumencie ubezpieczenia (polisie).
3. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Rady Nadzorczej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” nr RN/42/2005 z dnia 27 września 2005 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie z terminem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej od dnia 1 listopada 2005 roku.

  
 Wiceprezes Zarządu TUW „TUZ”  
 Janusz Kaszuba

  
 Prezes Zarządu TUW „TUZ”  
 Andrzej Wiórkiewicz

pieczętka agenta

**Postanowienia ogólne**
**§ 1**

1. Niniejszym Aneksem wprowadza się do ogólnych warunków ubezpieczenia zasady składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (zwane dalej TUZ TUW) składanych przez Klientów TUZ TUW.
2. Ilekroć w niniejszym Aneksie jest mowa o:
  - 1) **Kliencie** – należy przez to rozumieć osobę fizyczną lub osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niebędącą osobą prawną, której obowiązujące przepisy przyznają zdolność prawną, która korzysta lub korzystała lub zamierza skorzystać z usług świadczonych przez TUZ TUW.
  - 2) **Reklamacji** – należy przez to rozumieć wystąpienie skierowane do TUZ TUW przez jego Klienta, będącego osobą fizyczną (ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia), w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TUZ TUW.
  - 3) **Skardze** – należy przez to rozumieć 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 TUW, pracowników TUZ TUW lub agentów ubezpieczeniowych, z którymi współpracuje TUZ TUW.

**Miejsce składania reklamacji i skarg**
**§ 2**

Reklamacja albo skarga może być złożona w każdej jednostce organizacyjnej TUZ TUW obsługującej Klienta.

**Formy składania reklamacji i skarg**
**§ 3**

1. Klienci mogą złożyć reklamację albo skargę w następujących formach:
  - 1) pisemnej:
    - a) osobiście w jednostce organizacyjnej TUZ TUW zajmującej się obsługą Klienta albo
    - b) przesyłką pocztową lub listem poleconym wysłanym na adres siedziby TUZ TUW (Centrali) lub każdej jednostki terenowej TUZ TUW;
  - 2) ustnie:
    - a) telefonicznie na numer (+48) 22 441 57 57 albo
    - b) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce organizacyjnej TUZ TUW zajmującej się obsługą Klienta;
  - 3) pocztą elektroniczną na adres reklamacje@tuz.pl.
2. Wykaz wszystkich jednostek organizacyjnych (Centrali oraz jednostek terenowych TUZ TUW) wraz z danymi kontaktowymi dostępny jest na stronie internetowej: [www.tuz.pl](http://www.tuz.pl).

**Zasady składania reklamacji i skarg**
**§ 4**

1. Złożenie reklamacji albo skargi niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń dotyczących usług świadczonych przez TUZ TUW może ułatwić i przyspieszyć jej rzetelne rozpatrzenie, chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania z reklamacją albo skargą.
2. 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.

**Sposób potwierdzenia wpływu reklamacji i skargi**
**§ 5**

Na żądanie Klienta TUZ TUW potwierdza fakt otrzymania reklamacji albo skargi w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.

**Termin rozpatrzenia reklamacji i skarg**
**§ 6**

1. 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.
2. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji albo skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 1, TUZ TUW powinien przekazać Klientowi, który wystąpił z reklamacją albo skargą, informację w której:
  - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
  - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
  - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji albo skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

**Sposób powiadomienia o rozpatrzeniu reklamacji i skarg**
**§ 7**

1. Odpowiedź na reklamację albo skargę wniesioną przez Klienta powinna być udzielona w formie pisemnej (w postaci papierowej) lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
2. Odpowiedź udzielona w formie pisemnej powinna być wysłana przesyłką pocztową lub listem poleconym wysłanym na adres wskazany przez Klienta.
3. Na wyłączny wniosek Klienta odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną.

**Informacje dodatkowe**
**§ 8**

1. TUZ TUW podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. W przypadku nieuwzględnienia roszczeń wynikających z reklamacji albo skargi Klient ma możliwość:
  - 1) wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego lub w przypadku Klientów będących konsumentami także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta,
  - 2) wystąpienia z powództwem przeciwko TUZ TUW do sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.

**Postanowienia końcowe**
**§ 9**

1. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUZ TUW nr U/85/2015 z dnia 30 października 2015 r.
2. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem podjęcia Uchwały.

**Aneks nr 4**

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Kosztów Leczenia i Następstw Nieszczęśliwych Wypadków przyjętych uchwałą Rady Nadzorczej Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” nr RN/42/2005 z dnia 27 września 2005 r., Aneksu nr 1 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu TUW „TUZ” Nr U/50/2007 z dnia 18 lipca 2007 r. oraz Aneksu nr 2 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr U/85/2015 z dnia 30 października 2015 r.

**§ 1**

1. Niniejszy Aneks zostaje wprowadzony w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Do ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, wprowadza się dodatkowe postanowienia określone w § 2 niniejszego Aneksu.
3. Zapisy niniejszego Aneksu mają pierwszeństwo stosowania przed postanowieniami OWU.

**§ 2****1. Postanowienia ogólne**

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 3) Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
- 4) Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, lub w inny uzgodniony przez strony umowy sposób.
- 5) W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający powinien umożliwić Ubezpieczonemu zapoznanie się z informacjami wynikającymi z umowy ubezpieczenia dotyczącymi przesłanek wypłaty odszkodowania i innych świadczeń oraz ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności TUZ TUW uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

**2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia**

- 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. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy TUZ TUW nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał 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 doręczenia

mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

**3. Wypłata odszkodowania**

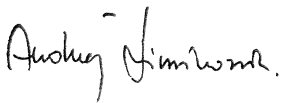
- 1) TUZ TUW wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, TUZ TUW informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności TUZ TUW lub wysokości świadczenia, 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 losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobierca. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 4) Przepisów pkt. 2 i 3 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umów ubezpieczenia choroby, jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
- 5) Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w umowie TUZ TUW nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:
  - a) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
  - b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie- o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 6) Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, TUZ TUW informuje o tym na piśmie:
  - a) osobę występującą z roszczeniem oraz
  - b) 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 uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- 7) TUZ TUW udostępni ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności TUZ TUW lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez TUZ TUW udostępnionych informacji, a także sporządzenia

na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez TUZ TUW.

- 8) Informacje i dokumenty, o których mowa w pkt. 7, TUZ TUW udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
- 9) Sposób:
  - a) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w pkt. 7,
  - b) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z pkt. 7 informacji,
  - c) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem zgodnie z pkt. 7– nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w pkt. 7.
- 10) Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w pkt. 7 nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
- 11) TUZ TUW przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w pkt. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

### § 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUZ TUW Nr U/121/2015 z dnia 29 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Andrzej Liminowicz  
Wiceprezes Zarządu TUZ TUW



Elżbieta Chojnowska  
Członek Zarządu TUZ TUW