

## ZMIANY W OGÓLNYCH WARUNKACH GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW



ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.

W ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, ustalonych uchwałą nr UZ/102/2013 Zarządu PZU SA z dnia 29 marca 2013 r., wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 3 dodaje się pkt. 19) w brzmieniu:  
„rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej – wystąpienie z umowy ubezpieczenia grupowego”  
a dotychczasowe punkty 19 - 27 otrzymują odpowiednio oznaczenie 20 – 28;
- 2) w § 19 ust. 9 otrzymuje brzmienie:  
„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 składając oświadczenie w tym zakresie.”;
- 3) w § 20 ust. 1 i 3 otrzymują brzmienie:  
„1.Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia składając oświadczenie w tym zakresie, w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim PZU SA udzielał ochrony ubezpieczeniowej.  
3.Ubezpieczony może wystąpić z umowy grupowego ubezpieczenia w każdym czasie składając pisemne oświadczenie w tym zakresie.”;
- 4) w § 28 ust. 1 otrzymuje brzmienie:  
„1. PZU SA jest zobowiązany:  
1) po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, do poinformowania o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz do podjęcia postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także do poinformowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania; w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobierca; w tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia;  
2) jeżeli w terminach określonych w ust.2 i 3 nie wypłaci świadczenia, do zawiadomienia pisemnie:  
a) osoby zgłaszającej roszczenie oraz  
b) ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie  
- o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także do wypłaty bezspornej części świadczenia;  
3) jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, do poinformowania o tym pisemnie:  
a) osoby występującej z roszczeniem oraz  
b) ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie  
- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz do pouczenia tej osoby o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;  
4) do udostępnienia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacji i dokumentów gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności PZU SA lub wysokości świadczenia; osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez PZU SA udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez PZU SA;  
5) do udostępniania osobom, o których mowa w pkt 4, informacji i dokumentów, o których mowa w pkt 4, na ich żądanie, w postaci elektronicznej;  
6) na żądanie ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, do udostępniania posiadanych przez siebie informacji związanych z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności PZU SA oraz ustalenia okoliczności wystąpienia wypadków i zdarzeń losowych, jak również wysokości świadczenia;  
7) na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, do przekazania informacji o oświadczeniach złożonych przez nich na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub kopii dokumentów sporządzonych na tym etapie.”;
- 5) § 29 otrzymuje brzmienie:  
„ 1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia reklamacji w rozumieniu ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym, tj. prawo skierowania wystąpienia do PZU SA, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez PZU SA.  
2. Reklamację składa się w każdej jednostce PZU SA obsługującej klienta.  
3. Reklamacja może być złożona w formie:  
1) pisemnej – osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy Prawo pocztowe, na przykład pisząc na adres: PZU SA ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa (adres tylko do korespondencji);  
2) ustnej – telefonicznie, na przykład dzwoniąc pod numer infolinii 801-102-102, albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby, o której mowa w ust. 1, w jednostce, o której mowa w ust. 2;  
3) elektronicznej - wysyłając e-mail na adres [reklamacje@pzu.pl](mailto:reklamacje@pzu.pl) lub wypełniając formularz na [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl).  
4. PZU SA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 5.  
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, PZU SA przekazuje osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:  
1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;  
2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;  
3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

6. Odpowiedź PZU SA na reklamację zostanie dostarczona osobie, która ją złożyła, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy o usługach płatniczych lub pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby.
7. Klientowi, o którym mowa w ust. 1, przysługuje prawo wniesienia do Rzecznika Finansowego wniosku dotyczącego:
  - 1) nieuwzględnienia roszczeń w trybie rozpatrywania reklamacji;
  - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą tej osoby w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
8. Skargę lub zażalenie, niebędące reklamacją, o której mowa w ust. 1, składa się na piśmie za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej PZU SA.
9. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną określoną w przepisach wewnętrznych PZU SA obowiązujących na dzień składania skargi lub zażalenia. Informacja w tym zakresie jest dostępna w jednostkach organizacyjnych PZU SA.
10. PZU SA udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
11. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. PZU SA podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”;

7) § 31 otrzymuje brzmienie:

„1.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.”

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

8) § 32 otrzymuje brzmienie:

”Ogólne warunki ubezpieczenia w niniejszym brzmieniu mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.”;

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3, § 4, § 5, § 6, § 8, § 9, § 10, § 11 ust. 1, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 17 ust. 2 – 4, § 21, § 22, § 23, § 24, § 25 ust. 1,2 i 4, § 30,
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3, § 6, § 7, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, § 21, § 22 ust. 3, § 23 ust. 3, 4, § 25 ust. 4, § 26, § 27, § 30,