

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Informacja o postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t. j. DZ. U. 2024 r., poz. 838 ze zm.).

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	OWU: § 2 pkt 1-3, § 2 pkt 9, § 3 ust. 3-4, § 3, § 1 ust. 1, § 1 ust. 3, § 2 pkt 8 i pkt 10, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13 ust. 6, § 17- § 20, § 21, Klauzula 01: ust. 1-3, ust. 5 – 6, Klauzula 02: ust. 1, Aneks nr 3: § 2 ust. 3, Aneks nr 5: § 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	OWU: § 4, § 5, § 6, § 7, § 11, § 14 ust. 4, § 14 ust. 6, § 16 ust. 4-6, Klauzula 01, 02: ust. 2-3, ust. 4, Klauzula 03, 04, 05, 06, 07: ust. 2 i ust. 4, Klauzula 8: ust. 2-3 i ust. 4, Klauzula 09

Niniejsze postanowienia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Nr U/30/2017 z dnia 25 stycznia 2017r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01 marca 2017 r.

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	4
DEFINICJE.....	4
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	6
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
ODPOWIEDZIALNOŚĆ	7
SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ.....	7
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI	8
ODSTĄPIENIE OD UMOWY I WYPOWIEDZENIE UMOWY	9
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA.....	9
OBOWIAZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	10
USTALENIE ODSZKODOWANIA.....	11
WYPŁATA ODSZKODOWANIA.....	12
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12
KLAUZULE DODAKOWE	13
KLAUZULA 01 ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU	13
KLAUZULA 02 DZIENNE ŚWIADCZENIA SZPITALNE.....	13
KLAUZULA 03 KOSZTY LECZENIA	14
KLAUZULA 04 KOSZTY PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH	14
KLAUZULA 05 KOSZTY PRZEKWALIFIKOWANIA ZAWODOWEGO	14
KLAUZULA 06 KOSZTY REHABILITACJI	15
KLAUZULA 07 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	15
KLAUZULA 08 DODATKOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	15
KLAUZULA 09 ASSISTANCE MEDYCZNY	16
WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ASSISTANCE MEDYCZNY.....	17
POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA ASSISTANCE	18
ANEKS NR 1.....	19
ANEKS NR 3.....	20
ANEKS NR 4.....	22
ANEKS NR 5.....	22
ANEKS NR 6.....	23
ANEKS NR 7.....	24
ANEKS NR 8.....	24

POSTANOWIENIA OGÓLNE**§ 1**

1. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” z siedzibą w Warszawie, zwane dalej TUW „TUZ”, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi albo jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych niniejszymi OWU (postanowienia szczególne), pod warunkiem sporządzenia ich pod rygorem nieważności na piśmie w formie załącznika lub aneksu do umowy ubezpieczenia.
2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych, niniejsze OWU mają zastosowanie, jeśli wprowadzone do umowy postanowienia szczególne nie stanowią inaczej.
3. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego), w takim przypadku Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczonego o prawach i obowiązkach wynikających z zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia. TUW „TUZ” może podnieść przeciwko Ubezpieczonemu zarzuty, które mają wpływ na odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia. Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek opłaty składki.
4. W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia oraz postanowieniami niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

DEFINICJE**§ 2**

Przez użyte w treści niniejszych OWU określenia rozumie się:

- 1) **Centrum Operacyjne Assistance** – podmiot, który w imieniu TUW „TUZ” organizuje usługi Assistance medyczny i do którego Ubezpieczający może zgłosić zdarzenie objęte ochroną przez TUW „TUZ” na numer telefonu (+48) 61 831 99 88,
- 2) **choroba** – schorzenie, które powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od woli Ubezpieczonego, wywołujące stan odmienny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę,
- 3) **choroba przewlekła (chroniczna)** – chorobę o przedłużonym czasie trwania, wymagającą długotrwałej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej, która może być nieuleczalna, nawracająca lub postępująca, może powodować przedwczesny zgon albo umożliwiać przeciętne trwanie życia, mimo upośledzenia funkcji biologicznych lub psychicznych (np. przewlekła niewydolność nerek, astma oskrzelowa, padaczka, cukrzyca itp.),
- 4) **choroba psychiczna** – choroba klasyfikowana jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne pod numerami od F00 do F99 według kodów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10),
- 5) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych,
- 6) **dokument ubezpieczenia** – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający ochronę ubezpieczeniową,
- 7) **dzienne świadczenia szpitalne** – kwotę świadczenia wypłacaną za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek, zawał serca lub wylew krwi do mózgu, zgodnie z zasadami określonymi w niniejszych OWU,
- 8) **grupowa umowa ubezpieczenia** – ubezpieczenie obejmujące grupę osób fizycznych (minimum 5 osób) należących do określonej zbiorowości: zakładu pracy, jednostki organizacyjnej, stowarzyszenia, klubu, żłobka, przedszkola, szkoły, uczelni, uczestników obozów, kolonii, wczasów, kuracjuszy w sanatoriach itp., na rzecz których zawarto umowę ubezpieczenia; ubezpieczenie grupowe rodzinne (do 4 osób) – ubezpieczenie obejmujące co najmniej dwie osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 9) **hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, spowodowany następstwem wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, uzasadniony stanem zdrowia i niezbędny z medycznego punktu widzenia, związany z leczeniem, którego celem jest zachowanie, przywracanie lub poprawa stanu zdrowia Ubezpieczonego; za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala,
- 10) **indywidualna umowa ubezpieczenia** – ubezpieczenie osoby fizycznej wskazanej imiennie w dokumencie ubezpieczenia,
- 11) **koszty leczenia** – poniesione przez Ubezpieczonego na leczenie, niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty: opieki medycznej, pobytu w szpitalu, operacji i zabiegów ambulatoryjnych, wizyt i badań lekarskich, nabycia środków opatrunkowych i leczniczych przepisanych przez lekarza, przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca wypadku do szpitala,
- 12) **karencja** – ustalony w niniejszych OWU okres czasu, w którym wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową nie skutkuje wypłatą przez TUW „TUZ” świadczenia,
- 13) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje do leczenia, wykonująca zawód lekarza zgodnie z polskim prawem w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, nie będąca Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego/Ubezpieczającego,
- 14) **Lekarz Centrum Operacyjnego Assistance** – osoba działająca na zlecenie Centrum Operacyjnego Assistance uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem; definicja ta ma zastosowanie tylko do Klauzuli 09 (Assistance medyczny),
- 15) **lekarz zaufania** – lekarza medycyny, z którym TUW „TUZ” zawarło umowę o współpracy w zakresie oceny stanu zdrowia i podjętego leczenia, nie będący Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego/Ubezpieczającego,
- 16) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej, z wyłączeniem wszelkich chorób czy niedyspozycji Ubezpieczonego, które zaistniały przed

- rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez TUV „TUZ” Ubezpieczonemu zgodnie z niniejszymi OWU, w tym zwłaszcza chorób przewlekłych; definicja ta ma zastosowanie tylko do Klauzuli 09 (Assistance medyczny),
- 17) **nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe i nieoczekiwane, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się chorób, nawet występujących nagłe (nie dotyczy zawału serca i udaru mózgu w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Klauzulę 01),
 - 18) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez TUV „TUZ” przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową danej grupy osób lub jej poszczególnych członków, mająca wpływ na ustalenie wysokości składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - 19) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie TUV „TUZ” do wypłaty świadczenia w razie zaistnienia zdarzenia określonego w umowie ubezpieczenia, za które TUV „TUZ” ponosi odpowiedzialność,
 - 20) **odszkodowanie (świadczenie)** – kwota pieniężna wypłacana Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z tytułu roszczenia powstałego w wyniku zaistnienia zdarzenia, za które TUV „TUZ” ponosi odpowiedzialność,
 - 21) **osoby bliskie** - małżonka, dzieci, rodzeństwo, matka, ojciec, ojczym, macocha, pasierb, pasierbica, teściowe, zięciowie, synowe, przysposabiający, przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
 - 22) **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** - niezbędne z medycznego punktu widzenia wyroby medyczne zastępujące utracone narządy (organy) lub wspomagające utraconą funkcję narządów (organów), przepisane przez lekarza prowadzącego,
 - 23) **przyczyna zewnętrzna** - zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłączną przyczyną powodującą wystąpienie obrażeń ciała u Ubezpieczonego i polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej - czynników mechanicznych powodujących
 - b) obrażenia w postaci urazów, uderzeń oraz czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w wyniku upadków,
 - c) energii termicznej, elektrycznej - powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - d) czynników chemicznych - powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
 - e) czynników akustycznych - powodujących obrażenia w postaci urazów z nich wynikających,
 - 24) **rekreacyjne uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej człowieka w celu wypoczynku i rozrywki, wykonywana w czasie wolnym, bez uzyskiwania z tego tytułu jakiegokolwiek dochodu,
 - 25) **rehabilitacja** - niezbędne z medycznego punktu widzenia, zalecone przez lekarza leczenie usprawniające następstwa wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, mające na celu uzyskanie optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych czynności uszkodzonego narządu lub narządów, wykonywane przez uprawnione osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje,
 - 26) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm i inne odmiany wspinaczki, speleologia, wszelkie odmiany sportów spadochronowych, baloniarstwo, lotnictwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, sporty motorowe i motorowodne, jazda konna, myślistwo, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatu tlenowego, skoki do wody i skoki bungee, jazda na nartach wodnych, sporty walki z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, narciarstwo ekstremalne poza oznakowanymi trasami zjazdowymi (skialpinizm, freestyle, snowboarding wysokogórski, freeride itp.), surwiwal, wyprawy lub ekspedycje do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (bieguny, pustynia, dżungla itp.) oraz inne nie wymienione, a powszechnie uważane za sporty ekstremalne lub za sporty wysokiego ryzyka,
 - 27) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin; w rozumieniu niniejszych OWU za szpital nie uważa się domu opieki, sanatorium, uzdrowisk, hospicjów, ośrodków dla nerwowo i psychicznie chorych, oddziałów dziennych, ośrodków rehabilitacyjnych, a także placówki, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 28) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – całkowita i trwała utrata zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona na okres nie krótszy niż 12 miesięcy, na podstawie decyzji wydanej przez lekarza orzecznika działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym (ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w przedmiotowym zakresie),
 - 29) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodujące upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku; z wyłączeniem zawału serca i udaru mózgu,
 - 30) **Ubezpieczający** – osoba, o której mowa w § 1 ust. 1, która zawarła umowę ubezpieczenia,
 - 31) **Ubezpieczony** - osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczenia; w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek osoba, która jest objęta ubezpieczeniem,
 - 32) **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 godziny,
 - 33) **Uprawniony** - osobę lub podmiot imiennie wskazane przez Ubezpieczonego jako upoważnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego; w sytuacji braku takiej osoby do odbioru świadczenia upoważnieni są według następującej kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inni spadkobiercy ustawowi,
 - 34) **wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** – forma działalności człowieka, podejmowana dobrowolnie dla uzyskania w drodze rywalizacji maksymalnych wyników sportowych, polegająca na regularnym uczestniczeniu w treningach, obozach kondycyjnych i

udziale w zawodach, obejmuje również profesjonalne, zawodowe uprawianie sportu połączone z czerpaniem dochodu z uprawianej dyscypliny sportu; z wyłączeniem dzieci i młodzieży do lat 15, zrzeszonych w ramach amatorskich szkolnych klubów sportowych,

- 35) **zawał serca** – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego, powstająca na skutek nagłego niedokrwienia tego obszaru.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków, którym uległ Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umową ubezpieczenia mogą zostać osoby, które w dniu jej zawierania nie ukończyły 70 roku życia, jeżeli nie umówiono się inaczej, z zastrzeżeniem ograniczeń określonych w pozostałych postanowieniach OWU lub klauzulach dodatkowych; ograniczenie wieku ma zastosowanie również w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia.
3. TUV „TUZ” odpowiada za zdarzenia objęte ubezpieczeniem powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) i poza granicami kraju, z zastrzeżeniem ograniczeń określonych w pozostałych postanowieniach OWU lub klauzulach dodatkowych.
4. Ubezpieczenie może zostać zawarte w wybranym przez Ubezpieczającego w zakresie czasowym:
 - 1) pełnym – 24 godziny na dobę,
 - 2) ograniczonym - w czasie pracy, w drodze z domu do pracy, w drodze z pracy do domu.W przypadku ubezpieczenia studentów, uczniów lub dzieci przez pojęcie „praca” rozumie się odpowiednio „uczelnię”, „szkołę” lub „przedszkole”.
5. TUV „TUZ” może udzielić ochrony ubezpieczeniowej w wariantcie podstawowym lub wariantcie rozszerzonym o wybrane klauzule dodatkowe.
6. Wariant podstawowy obejmuje świadczenia powstałe w następstwie ryzyka nieszczęśliwych wypadków w postaci:
 - 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 2) śmierci.
7. Wariant rozszerzony obejmuje świadczenia, o którym mowa w ust. 6 oraz dowolnie wybrane przez Ubezpieczającego i określone w umowie ubezpieczenia klauzule dodatkowe:
 - 1) Klauzula 01 - zawał serca i udar mózgu,
 - 2) Klauzula 02 - dzienne świadczenia szpitalne,
 - 3) Klauzula 03 - koszty leczenia,
 - 4) Klauzula 04 - koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
 - 5) Klauzula 05 - koszty przekwalifikowania zawodowego,
 - 6) Klauzula 06 - koszty rehabilitacji,
 - 7) Klauzula 07 - trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - 8) Klauzula 08 - świadczenie dodatkowe z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) Klauzula 09 - Assistance medyczny – wyłącznie w przypadku indywidualnej umowy ubezpieczenia zawieranej w formie imiennej na okres roczny.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. TUV „TUZ” nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków lub choroby powstałe wskutek:
 - 1) uświłowania lub popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) wypadków będących wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem spożycia alkoholu, użycia narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, nikotyny, użyciem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniami ich użycia,
 - 4) nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z pomocy lekarskiej lub nieprzestrzegania wskazanych zaleceń lekarza,
 - 5) chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu nerwowego, wad wrodzonych, chorób zawodowych, przewlekłych, chronicznych lub tropikalnych, a także AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - 6) konsekwencji zaistniałych wypadków w postaci chorób psychicznych lub nerwic,
 - 7) wszelkich chorób lub stanów chorobowych nawet takich, które występują nagle (nie dotyczy zawału serca i udaru mózgu w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o dodatkowe klauzule),
 - 8) 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,
 - 9) błędów w sztuce lekarskiej,
 - 10) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej,

- 11) uprawiania sportów wysokiego ryzyka, o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej,
 - 12) prowadzenia pojazdów mechanicznych przez Ubezpieczonego bez wymaganych uprawnień, prowadzenie pojazdu niedopuszczonego do ruchu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, chyba że nie miało to wpływu na zajście wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 13) wypadku lotniczego; nie dotyczy skutków wypadku zaistniałego w czasie przebywania Ubezpieczonego na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - 14) wykonywania pracy zarobkowej poza granicami kraju bez wymaganego pozwolenia na pracę,
 - 15) zdiagnozowanych chorób, stanów chorobowych i wypadków związanych z wszelkimi uszkodzeniami ciała istniejącymi przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem do umowy ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,
 - 16) powstałe wskutek posiadania i posługiwania się środkami pirotechnicznymi (wszelkiego rodzaju petardami, sztucznymi ogniami i innymi podobnymi środkami).
2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są szkody powstałe wskutek:
- 1) zdarzeń spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego zamachów terrorystycznych, uczestniczenia w rozruchach, sabotażach, strajkach, zamieszkach, akcjach protestacyjnych, blokadach dróg,
 - 3) uczestniczenia w porachunkach, zakładach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej),
 - 4) pośredniego i bezpośredniego działania materiałów radioaktywnych.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ**§ 5**

1. TUV „TUZ” 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 odniesiony ból i cierpienie fizyczne i moralne.

SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ŚWIADCZEŃ**§ 6**

1. Określona w dokumencie ubezpieczenia przez TUV „TUZ”, w uzgodnieniu z Ubezpieczającym suma ubezpieczenia oraz limity wysokości poszczególnych rodzajów świadczeń stanowią górną granicę odpowiedzialności TUV „TUZ” z tytułu wszystkich roszczeń powstałych w związku z wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową i mającym miejsce o okresie ubezpieczenia.
2. Maksymalna suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, z zastrzeżeniem zapisów § 7, wynosi 100.000 złotych dla osób do 65 roku życia. Dla osób powyżej 65 roku życia (do 70 roku życia) maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 20.000 złotych. W przypadku wyższych sum ubezpieczenia TUV „TUZ” może ustalić na pisemny wniosek Ubezpieczającego indywidualne warunki ubezpieczenia.
3. Minimalna suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnym lub grupowym wynosi 5.000 złotych.
4. W ubezpieczeniu grupowym imiennym lub bezimiennym, sumę ubezpieczenia ustala się w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych osób, o ile nie umówiono się inaczej.
5. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1-3 ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie, aż do ich całkowitego wyczerpania.
6. Ubezpieczający za zgodą TUV „TUZ” może w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub uzupełnić sumę ubezpieczenia do pierwotnej wysokości. Ochrona ubezpieczeniowa z taką sumą ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następnego po wprowadzeniu zmian i opłaceniu dodatkowej składki i trwa do końca bieżącego okresu ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem zapisów § 10 ust. 4.

§ 7

W zakresie wybranego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia i klauzul dodatkowych, Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:

1. z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu - w wysokości odpowiedniej do stopnia (procentu) trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; w przypadku 100% inwalidztwa – w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia,
2. z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, oraz z tytułu wybranej klauzuli:
 - 1) Klauzula 01 (zawał serca i udar mózgu) – w wysokościach określonych zgodnie z pkt 1 i 2,
 - 2) Klauzula 02 (dienne świadczenia szpitalne) - w wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż 100 zł za dzień, z zastrzeżeniem zapisów ust. 3 Klauzuli 02,
 - 3) Klauzula 03 (koszty leczenia) - do wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż do kwoty 10.000 zł,

- 4) Klauzula 04 (koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych) - do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż do kwoty 7.500 zł,
- 5) Klauzula 05 (koszty przekwalifikowania zawodowego) - do wysokości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż do kwoty 7.500 zł,
- 6) Klauzula 06 (koszty rehabilitacji) - do wysokości 5% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż do kwoty 2.500 zł,
- 7) Klauzula 07 (trwała i całkowita niezdolność do pracy) - w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie więcej niż kwota 12.500 zł,
- 8) Klauzula 08 (świadczenie dodatkowe z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku,) - w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu,
- 9) Klauzula 09 (Assistance Medyczny) – w wysokościach określonych w treści Klauzuli.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**§ 8**

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na wniosek Ubezpieczającego.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie pisemnej, potwierdzona dokumentem ubezpieczenia, na podstawie danych podanych przez Ubezpieczającego.
3. TUV „TUZ” może zwrócić się do Ubezpieczającego z dodatkowymi pytaniami o udzielenie uzupełniających informacji niezbędnych do oceny ryzyka.
4. Jeżeli TUV „TUZ” zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na zadane pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
5. W umowie ubezpieczenia określa się w szczególności: imię i nazwisko (nazwę) oraz adres Ubezpieczającego, okres ubezpieczenia, sumę ubezpieczenia, wybrany przez Ubezpieczającego wariant ubezpieczenia i klauzule dodatkowe, wysokość składki.
6. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres roczny lub krótszy od roku.
7. Umowy ubezpieczenia na okres krótszy od roku mogą być zawarte tylko w zakresie czasowym pełnym, określonym w § 3 ust. 4 pkt 1.
8. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą dostarczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.
9. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia TUV „TUZ” ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst niniejszych OWU.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie indywidualnej lub grupowej.
2. Indywidualna umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w formie imiennej.
3. Grupowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie grupowej imiennej lub bezimiennej.
4. Grupowa umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie bezimiennej pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób wchodzących w skład danej grupy, wycieczki itp. W przypadku zawarcia umowy w formie bezimiennej, na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek prowadzenia imiennej listy Ubezpieczonych.
5. Grupową umowę ubezpieczenia w formie imiennej zawiera się w przypadku objęcia ubezpieczeniem wybranych osób należących do danej zbiorowości. Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek sporządzenia imiennej listy osób ubezpieczonych (zawierającej imiona, nazwiska, numery PESEL oraz adresy Ubezpieczonych), dołączenia jej do dokumentu ubezpieczenia oraz bieżącego aktualizowania listy i przekazywania do TUV „TUZ” wszelkich zmian.
6. Osoby ubezpieczone na zasadach określonych w ust. 5 składają Ubezpieczającemu indywidualne deklaracje zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na swoją rzecz; deklaracje zgody podpisywane są na czas nieoznaczony.
7. Deklaracje zgody przechowywane są przez Ubezpieczającego jako potwierdzenia zgłoszenia poszczególnych osób do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem konieczności ich okazania na wniosek TUV „TUZ”.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI**§ 10**

1. Odpowiedzialność TUV „TUZ” rozpoczyna się od następnego dnia po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki bądź raty składki, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia określono późniejszy termin zapłaty składki lub jej pierwszej raty, odpowiedzialność TUV „TUZ” rozpoczyna się od dnia oznaczonego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia może określić inny termin, od którego TUV „TUZ” będzie ponosiło odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
4. W przypadkach:
 - a. podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie trwania ubezpieczenia,
 - b. ubezpieczenia grupowego dla osób przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia,
 - c. ubezpieczenia indywidualnego na cudzy rachunek (na rachunek Ubezpieczającego); nie dotyczy zawarcia umowy na rachunek małoletniego,

odpowiedzialność TUW „TUZ” rozpoczyna się po okresie karencji trwającym 7 dni licząc od dnia dokonania zmiany sumy ubezpieczenia lub od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłacenia dodatkowej składki.

§ 11

Odpowiedzialność TUW „TUZ” wygasa:

1. z dniem otrzymania przez TUW „TUZ” oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 12 ust. 1 i 2,
2. z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia wskutek wypłaty odszkodowania (odszkodowań),
3. z upływem okresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w umowie ubezpieczenia,
4. z upływem miesiąca, za który została opłacona ostatnia składka za Ubezpieczonego w przypadku płatności miesięcznej w ubezpieczeniu grupowym,
5. z dniem śmierci Ubezpieczonego,
6. z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
7. z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia,
8. z dniem doręczenia Ubezpieczającemu oświadczenia TUW „TUZ” o wypowiedzeniu umowy ze skutkiem natychmiastowym w przypadku, gdy TUW „TUZ” ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie,
9. z upływem 7 dni od otrzymania od TUW „TUZ” pisma z wezwaniem do zapłaty kolejnej raty składki wysłanego po upływie terminu jej zapłaty pod rygorem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania spowoduje ustanie odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I WYPOWIEDZENIE UMOWY

§ 12

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego może nastąpić w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku gdy Ubezpieczającym jest osoba fizyczna i w terminie 7 dni, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca, z zastrzeżeniem ust. 2
2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem przez telefon, Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy ubezpieczenia lub doręczenia mu dokumentu ubezpieczenia i OWU, jeżeli jest to termin późniejszy.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim TUW „TUZ” udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, z zachowaniem formy pisemnej, w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym czasie za porozumieniem stron.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13

1. Składka za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej jest ustalana zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
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. Wysokość składki uzależniona jest w szczególności: od zakresu i sumy ubezpieczenia, liczby i wieku ubezpieczonych, wykonywanego przez ubezpieczonego zawodu, dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia oraz zastosowanych zniżek lubwyżek lub innych czynników istotnych dla oceny ryzyka.
4. Składkę może być płatna jednorazowo lub w ratach z uwzględnieniem zasad określonych w taryfie składek, w formie, wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia; w przypadku ubezpieczenia zawieranego na okres krótszy niż rok lub przez telefon lub składka płatna jest jednorazowo.
5. Jeżeli zapłata składki albo raty składki dokonywana jest w formie:
 - a. przelewu bankowego, za datę zapłaty składki uważa się datę stempla bankowego uwidocznioną na przelewie bankowym lub datę złożenia polecenia zapłaty w banku pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowały się wystarczające środki finansowe i dokumenty zostały prawidłowo wypełnione. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty składki uważa się datę, kiedy składka lub jej rata znalazła się na rachunku TUW „TUZ” w taki sposób, że TUW „TUZ” mogło nią dysponować,
 - b. przekazu pocztowego, za datę zapłaty składki uważa się datę stempla pocztowego uwidocznioną na przekazie pocztowym,
 - c. wpłaty gotówkowej, składkę uznaje się za opłaconą w dniu potwierdzenia jej zapłaty przez agenta lub pracownika TUW „TUZ”.
6. Jeżeli TUW „TUZ” ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została opłacona w terminie, TUW „TUZ” może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym. W takim przypadku TUW „TUZ” może żądać zapłaty składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wypowiedzenia, odpowiedzialność TUW „TUZ” kończy się z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia wskazanym w umowie ubezpieczenia.

7. W przypadku nieopłacenia kolejnej raty składki we wskazanym w dokumencie ubezpieczenia terminie, TUW „TUZ” może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty wymaganej raty pod rygorem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia.
8. Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość składki lub jej raty jest niższa niż określona w dokumencie ubezpieczenia.
9. W przypadkach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 i 2, kalkulacja składki następuje według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie otrzymanego od Ubezpieczającego wniosku.
11. Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie przysługuje w przypadku, gdy wygaśnięcie ochrony ubezpieczenia jest następstwem zaistnienia szkody objętej odpowiedzialnością ubezpieczeniową, która spowodowała bądź spowoduje wyczerpanie sumy ubezpieczenia, tj. za którą TUW „TUZ” wypłaciło odszkodowanie równe sumie ubezpieczenia lub za którą jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania równego sumie ubezpieczenia (tzw. konsumpcja sumy ubezpieczenia).
12. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ochrony ubezpieczeniowej i niewykorzystanej sumy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 14

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości TUW „TUZ” wszystkie znane sobie okoliczności, o które TUW „TUZ” zapytywał w formularzu ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
2. Ubezpieczający w czasie trwania umowy ubezpieczenia obowiązany jest niezwłocznie zgłaszać TUW „TUZ” wszelkie zamiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku, o które TUW „TUZ” zapytywał w formularzu ubezpieczenia albo innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w ust. 1 i 2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
4. TUW „TUZ” nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, zawiadomić TUW „TUZ” pod numer telefonu, faxu lub e-mail wskazany w dokumencie ubezpieczenia o wystąpieniu wypadku, a gdyby zachowanie tego terminu było niemożliwe, w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny uniemożliwiającej zawiadomienie w terminie.
6. W przypadku naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w ust. 5, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności lub skutków wypadku i określenie wysokości świadczenia, TUW „TUZ” może odpowiednio zmniejszyć jego wysokość, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

§ 15

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza, poddanie się opiece, zaleceniom i zabiegom lekarskim,
 - 2) zgłosić szkodę na wymaganym przez TUW „TUZ” druku zgłoszenia szkody (niezależnie od dokonania powiadomienia o szkodzie, o którym mowa w § 14 ust. 5) wraz z wymaganymi załącznikami,
 - 3) umożliwić TUW „TUZ” dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności TUW „TUZ”, okoliczności powstania wypadku lub wysokości świadczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień,
 - 4) zwolnić lekarzy, u których Ubezpieczony leczyl się przed zaistnieniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub którzy sprawowali i nadal sprawują opiekę po wypadku, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji z leczenia,
 - 5) na zlecenie TUW „TUZ” poddać się badaniom lekarskim (przez lekarzy zaufania wskazanych przez TUW „TUZ”) mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddać się w tym celu obserwacji lekarskiej,
 - 6) poinformowania o zakończeniu leczenia lub terminie jego zakończenia.
2. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Klauzulę 09 i wystąpienia zdarzeń objętych ochroną Assistance Medycznego zasady postępowania zostały określone w przedmiotowej klauzuli.

§ 16

1. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć TUW „TUZ” w ciągu 7 dni od daty zakończenia leczenia dokumenty, niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia, w tym w szczególności:
 - 1) dokumentację lekarską i inne dokumenty stwierdzające przyczyny wypadku i zakres udzielonej pomocy medycznej,

- 2) oryginały rachunków i dowody ich zapłaty za opłaconą pomoc medyczną lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony na wniosek TUW „TUZ” ma obowiązek udostępnić inne dokumenty niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania związanego z likwidacją szkody.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 (w razie wypadku powstałego poza granicami RP przetłumaczone na język polski) Ubezpieczony zobowiązany jest przygotować i przekazać TUW „TUZ” na koszt własny.
4. W przypadku naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków określonych w § 15 i § 16 ust. 1-5, a miało to wpływ na zwiększenie rozmiarów szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków wypadku, TUW „TUZ” może odmówić wypłaty odszkodowania lub odpowiednio zmniejszyć jego wysokość, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
5. W przypadku, gdy sytuacja wymieniona w ust. 4 dotyczy tylko części świadczenia, TUW „TUZ” ma prawo do odmowy lub zmniejszenia wypłaty tej części, natomiast bezsporna część zostanie wypłacona.
6. Skutki braku zawiadomienia TUW „TUZ” o szkodzie nie następują, jeżeli TUW „TUZ” w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

USTALENIE ODSZKODOWANIA

§ 17

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o szkodzie, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, TUW „TUZ” informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami zgłaszającymi szkodę oraz podejmuje postępowanie w zakresie ustalenia stanu faktycznego zaistniałego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności TUW „TUZ” lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. TUW „TUZ” jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania tylko i wyłącznie wtedy, gdy zostanie ustalony normalny związek przyczynowy między zaistniałym nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, rozstrojem zdrowia lub śmiercią, za które TUW „TUZ” ponosi odpowiedzialność.
3. Ubezpieczony obowiązany jest do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia związku przyczynowego, o których mowa w ust. 1 oraz rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania, w tym w szczególności określonych w § 16 ust. 1 i 2.
4. TUW „TUZ” zastrzega sobie prawo weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego rachunków i innych dokumentów związanych z ustaleniem okoliczności, rozmiaru i wysokości szkody oraz zasięgnięcia opinii specjalistów.
5. Odszkodowanie wypłaca się do wysokości ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem postanowień niniejszych OWU.
6. Odszkodowanie wypłacane jest w złotych polskich niezależnie od miejsca wystąpienia wypadku Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu.
7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzenia na własny koszt kserokopii lub odpisów akt szkodowych.
8. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Klauzulę 09 i wystąpienia zdarzeń objętych ochroną Assistance Medycznego Ubezpieczający wyraża zgodę na zasięganie przez Centrum Operacyjne Assistance informacji od lekarza rodzinnego o stanie zdrowia Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.

§ 18

1. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu - ustalenie stopnia trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia następuje niezwłocznie po zakończeniu leczenia. W razie dłuższego leczenia stopień trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia określa się najpóźniej w 12 miesiącu od daty wypadku.
2. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę czynności zawodowych wykonywanych przez Ubezpieczonego.
3. Ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje niezwłocznie po zakończeniu leczenia, na podstawie zgłoszenia roszczenia i dostarczonej dokumentacji medycznej sporządzonej przez lekarza, który udzielił pierwszej pomocy oraz wszelkiej dokumentacji z przebiegu leczenia.
4. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalany jest zaocznie (bez powoływania poszkodowanego na komisję lekarską) na podstawie tabeli norm uszczerbku na zdrowiu TUW „TUZ” przygotowanej w oparciu o Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybie postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowaniu o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U.2002.234.1974 (R)).
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 TUV „TUZ” wypłaca poszkodowanemu, który w wyniku wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Jeżeli wypłacono świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie poszkodowany zmarł wskutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wówczas, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego poszkodowanemu, przy czym potrąca się wypłaconą uprzednio kwotę.
8. Jeżeli przed śmiercią Ubezpiezonego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.

§ 19

1. W przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku - TUV „TUZ” wypłaci należne odszkodowanie z tytułu śmierci, jeżeli nastąpi ona przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku, ale nie wcześniej niż 14 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata świadczenia następuje w wysokości określonej w § 7 pkt 2, a w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o klauzulę 08 dodatkowo w wysokości określonej w § 7 pkt 10 maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci Ubezpiezonego, Uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia aktu zgonu, karty statystycznej zgonu lub zaświadczenia lekarskiego o przyczynie zgonu i wszystkich innych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

§ 20

W przypadku klauzul dodatkowych - TUV „TUZ” wypłaci należne odszkodowanie z tytułu rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o wybrane przez Ubezpieczającego klauzule dodatkowe zgodnie z zasadami określonymi w stosownych klauzulach.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 21

1. TUV „TUZ” wypłaca odszkodowanie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, zawartej z Uprawnionym ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Odszkodowanie wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie.
3. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej TUV „TUZ” lub wysokości odszkodowania w terminie określonym w ust. 2 okazało się niemożliwe, odszkodowanie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część odszkodowania TUV „TUZ” wypłaca w terminie określonym w ust. 2.
4. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przyznano je w niższej wysokości niż wniesione roszczenia, TUV „TUZ” informuje na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności, podstawę prawną i poucza o możliwości odwołania się do Centrali TUV „TUZ” z siedzibą w Warszawie oraz o dochodzeniu roszczeń na drodze postępowania sądowego.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia nie zgadza się z odmową zaspokojenia roszczeń lub ustaloną wysokością odszkodowania, może złożyć wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Centralę TUV „TUZ” z siedzibą w Warszawie.
6. Ubezpieczającemu lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo dochodzenia swoich roszczeń przed właściwym sądem, niezależnie od prawa żądania ponownego rozpatrzenia sprawy przez Centralę TUV „TUZ”.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla siedziby Ubezpieczającego bądź Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Osoby określone w ust. 5 mogą również składać do Centrali TUV „TUZ” skargi i zażalenia na działanie lub zaniechanie jednostki terenowej TUV „TUZ”.
9. TUV „TUZ” ma obowiązek udostępnić osobom określonym w ust. 5 informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności TUV „TUZ” lub wysokości odszkodowania. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez TUV „TUZ” udostępnionych informacji i dokumentów, a także sporządzenia na własny koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez TUV „TUZ”. Opłata za sporządzenie kserokopii jest pobierana zgodnie z cennikiem obowiązującym w TUV „TUZ”.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia, składane przez strony umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem zapisów § 14 ust. 5.
2. Skargi i zażalenia związane z realizacją umowy ubezpieczenia Ubezpieczający/Ubezpieczony, może kierować bezpośrednio do TUV „TUZ” na adres siedziby TUV „TUZ” wskazany w umowie ubezpieczenia.
3. TUV „TUZ” niezwłocznie rozpatruje skargi i zażalenia. W terminie 30 dni od chwili otrzymania skargi lub zażalenia stanowisko TUV „TUZ” przesyłane jest zgłaszającemu skargę lub zażalenie pod wskazany adres.

4. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące akty prawne.
5. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego i mogą być dochodzone przed sądami według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego/Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr U/12/2012 z dnia 14 marca 2012 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 15 kwietnia 2012r.

KLAUZULE DODAKOWE**KLAUZULA 01 ZAWAŁ SERCA I UDAR MÓZGU**

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, którego doznał Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzeń, o których mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:
 - 1) z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - w wysokości odpowiedniej do stopnia (procentu) trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia; w przypadku 100% inwalidztwa – w pełnej wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia,
 - 2) tytułu śmierci Ubezpiezonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu - w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku:
 - 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli nastąpi on po upływie 180 dni od daty zdarzenia,
 - 2) śmierci Ubezpiezonego, jeżeli nastąpi ona po upływie 90 dni od daty zdarzenia,
 - 3) ukończenia przez Ubezpiezonego 65 roku życia.
5. Ustalenie i wypłata odszkodowania w przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 18 ust. 1-6 i ust. 8 oraz § 21 OWU.
6. W przypadku śmierci Ubezpiezonego, Uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia TUV „TUZ” dokumentów, o których mowa w § 19 ust. 3 OWU, a wypłata odszkodowania następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
7. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 02 DZIENNE ŚWIADCZENIA SZPITALNE

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu hospitalizacji Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 4 oraz ust. 3 niniejszej klauzuli.
3. Ubezpieczonemu przysługujeienne świadczenie szpitalne za okres minimum 3 dni nieprzerwanej hospitalizacji Ubezpiezonego, o której mowa w § 2 pkt 9 OWU, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku; dotyczy wyłącznie pierwszej hospitalizacji, następującej po wystąpieniu danego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku pobytu w szpitalu:
 - 1) w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o Klauzulę 01, z zastrzeżeniem wyłączenia odpowiedzialności TUV „TUZ” w przypadku ukończenia przez Ubezpiezonego 65 roku życia,
 - 2) w wyniku operacji plastycznych; nie dotyczy leczenia oszpeceń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) jeżeli nastąpi on po upływie 30 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Wypłata świadczenia następuje na podstawie przedstawionego TUV „TUZ” oryginału wypisu ze szpitala (karty informacyjnej leczenia szpitalnego) oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
6. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 03 KOSZTY LECZENIA

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 5 OWU.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli kosztami leczenia są koszty określone w § 2 pkt 11 OWU, które zostały poniesione na terenie RP.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku kosztów leczenia:
 - 1) powstałych w następstwie zawału serca lub udaru mózgu jeżeli zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o Klauzulę 01, z zastrzeżeniem wyłączenia odpowiedzialności TUV „TUZ” w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
 - 2) w wyniku operacji plastycznych; nie dotyczy leczenia oszpeceń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) stomatologicznego, nie dotyczy leczenia będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) jeżeli zostaną one poniesione po upływie 365 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 5) zakwalifikowanych lub podlegających refundacji z ubezpieczenia społecznego lub pokrywanych z innej umowy ubezpieczenia obejmującej taki sam zakres ubezpieczenia.
5. Wypłata świadczenia następuje do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów na podstawie przedstawionych TUV „TUZ” oryginałów imiennych rachunków lub faktur oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
6. TUV „TUZ” może odstąpić od zwrotu takich kosztów leczenia, które zostaną uznane przez lekarza zaufania za bezzasadne.
7. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 04 KOSZTY PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia (zwane dalej kosztami nabycia), poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 6 OWU.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli kosztami nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o których mowa w § 2 pkt 22 OWU, są wydatki na ich zakup, wypożyczenie lub naprawę, które zostały poniesione przez Ubezpieczonego na terenie RP.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku kosztów nabycia:
 - 1) środków wykorzystywanych do leczenia stomatologicznego, nie dotyczy leczenia będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) jeżeli zostaną one poniesione po upływie 730 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) gdy są zakwalifikowane lub podlegają refundacji z ubezpieczenia społecznego lub będą pokryte z innej umowy ubezpieczenia obejmującej taki sam zakres ubezpieczenia,
5. Wypłata świadczenia następuje do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów na podstawie przedstawionych TUV „TUZ” oryginałów imiennych rachunków lub faktur oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
6. TUV „TUZ” może odstąpić od zwrotu takich kosztów nabycia, które zostaną uznane przez lekarza zaufania za bezzasadne.
7. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 05 KOSZTY PRZEKwalifikowania Zawodowego

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego (zwane dalej kosztami), poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 7 OWU.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli kosztami są poniesione przez Ubezpieczonego wydatki na przeszkolenie osób niepełnosprawnych w przypadku trwałej niezdolności do wykonywania dotychczasowej pracy zawodowej zgodnie z kwalifikacjami, w przypadku uzyskania przez Ubezpieczonego orzeczenia o celowości przekwalifikowania zawodowego wydanej przez lekarza orzecznika (ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w przedmiotowym zakresie).
4. TUV „TUZ” nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku kosztów jeżeli zostaną one poniesione po upływie 730 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Wypłata świadczenia następuje do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów na podstawie przedstawionych TUV „TUZ” oryginałów imiennych rachunków lub faktur oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.

6. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 06 KOSZTY REHABILITACJI

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu zwrotu kosztów rehabilitacji poniesionych przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 8 OWU.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli kosztami rehabilitacji, o której mowa w § 2 pkt 25 OWU, są wydatki, które zostały poniesione przez Ubezpieczonego na terenie RP.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku kosztów rehabilitacji:
 - 1) powstałych w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o Klauzulę 01, z zastrzeżeniem wyłączenia odpowiedzialności TUV „TUZ” w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
 - 2) jeżeli zostaną one poniesione po upływie 365 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Wypłata świadczenia następuje do wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów na podstawie przedstawionych TUV „TUZ” oryginałów imiennych rachunków lub faktur oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
6. TUV „TUZ” może odstąpić od zwrotu takich kosztów rehabilitacji, które zostaną uznane przez lekarza zaufania za bezzasadne.
7. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 07 TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitu świadczenia określonego w § 7 pkt 9 OWU.
3. W rozumieniu niniejszej Klauzuli trwała i całkowita niezdolność do pracy zarobkowej została zdefiniowana w § 2 pkt 28 OWU.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku:
 - 1) zdarzeń powstałych w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zakres ubezpieczenia nie został rozszerzony o Klauzulę 01,
 - 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
 - 3) orzeczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy po upływie 180 dni od daty zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Za datę zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przyjmuje się datę wskazaną w decyzji wydanej przez lekarza orzecznika, o której mowa w § 2 pkt 28 OWU.
6. Wypłata świadczenia następuje do wysokości kwoty określonej w ust. 2 oraz zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
7. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 08 DODATKOWE ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego doznał Ubezpieczony w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
2. W razie wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność TUV „TUZ” ograniczona jest do wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszej klauzuli.
3. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia.
4. TUV TUZ nie ponosi odpowiedzialności w przypadkach określonych w § 4 i 5 OWU oraz w przypadku:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego, jeżeli nastąpi ona po upływie 90 dni od daty zdarzenia,
 - 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia; dotyczy zdarzenia, o którym mowa w ust. 4.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia TUV „TUZ” dokumentów, o których mowa w § 19 ust. 3 OWU, a wypłata odszkodowania następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 21 OWU.
6. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

KLAUZULA 09 ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Z zachowaniem pozostałych, nie zmienionych niniejszą klauzulą, postanowień OWU strony postanowiły rozszerzyć zakres ubezpieczenia o świadczenia z tytułu Assistance medycznego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania Ubezpieczonego, którego doznał w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wyłącznie w przypadku indywidualnej umowy ubezpieczenia zawieranej w formie imiennej na okres roczny.
2. Odpowiedzialność TUV „TUZ” polega na spełnieniu na rzecz Ubezpieczonego jednego lub kilku niżej wymienionych świadczeń assistance:
 - 1) medyczna informacja telefoniczna,
 - 2) wizyta lekarska,
 - 3) wizyta pielęgniarki,
 - 4) dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) organizacja wizyty u lekarza specjalisty (na koszt Ubezpieczonego).
3. Za rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w sposób określony w ust. 1 Ubezpieczający opłaci dodatkową składkę w wysokości ustalonej w dokumencie ubezpieczenia.

Zakres przysługujących Ubezpieczonemu świadczeń:

Medyczna informacja telefoniczna

1. W razie nieszczęśliwego wypadku albo nagłego zachorowania Ubezpieczonego, Centrum Operacyjne Assistance zapewni telefoniczną informację medyczną udzielaną przez lekarza Centrum Operacyjnego Assistance w oparciu o informacje otrzymane tą drogą od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 polega na udzieleniu przez lekarza Centrum Operacyjnego Assistance, na podstawie podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego danych i informacji o działaniach, jakie standardowo wskazane jest podjąć w sytuacji opisanej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.
3. Medyczna informacja telefoniczna nie może być traktowana jak konsultacja medyczna i nie zastępuje jej.

Wizyta lekarska

1. W razie nieszczęśliwego wypadku albo nagłego zachorowania Ubezpieczonego rodzających konieczność pomocy lekarskiej Centrum Operacyjne Assistance zorganizuje pod warunkiem, że:
 - 1) stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego,
 - 2) stan zdrowia uniemożliwia Ubezpieczonemu udanie się do lekarza, wizytę lekarza pierwszego kontaktu w miejscu zamieszkania oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium lekarza do łącznej wysokości 300 zł.
2. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów świadczenia decyduje lekarz Centrum Operacyjnego Assistance.
3. Świadczenie przysługuje jeden raz w okresie ubezpieczenia.

Wizyta pielęgniarki

1. W razie nieszczęśliwego wypadku albo nagłego zachorowania Ubezpieczonego, Centrum Operacyjne Assistance zorganizuje wizytę pielęgniarki w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego oraz pokryje koszty wizyt pielęgniarki rozumiane jako koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki, tj. zorganizuje:
 - 1) jedną wizytę pielęgniarki, pod warunkiem, że została ona zalecona wcześniej przez lekarza, którego wizytę organizowało Centrum Operacyjne Assistance (w zakresie określonym w w/w rozdziale niniejszej klauzuli - Wizyta lekarska), oraz
 - 2) jedną wizytę pielęgniarki, pod warunkiem, że została ona zalecona wcześniej przez lekarza, którego wizytę Ubezpieczający zorganizował sobie sam.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie dwa razy w okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż do łącznej wysokości 300 zł.
3. Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego obejmuje:
 - 1) wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - 2) wykonywanie zabiegów leczniczych takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp.; zgodnie z zaleceniami lekarza
 - 3) prowadzącego Ubezpieczonego,
 - 4) wykonywanie czynności diagnostycznych takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie, itp.; zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego,
 - 5) wykonywanie czynności pomagających w odżywianiu się.
4. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 3. Koszty tych materiałów lub lekarstw pokrywa Ubezpieczony.

Dostawa leków lub sprzętu rehabilitacyjnego

1. Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo nagłego zachorowania musi zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza leżeć przez co najmniej 5 dni, Centrum Operacyjne Assistance zorganizuje i pokryje koszty

dostarczenia niezbędnych leków i sprzętu rehabilitacyjnego, zaleconych wcześniej przez lekarza, którego wizytę organizowało Centrum Operacyjne Assistance (w zakresie określonym w w/w rozdziale niniejszej klauzuli - Wizyta lekarska) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Ubezpieczonemu przysługuje organizacja i pokrycie kosztów jednej dostawy leków lub sprzętu rehabilitacyjnego w okresie danego zwolnienia, wyłącznie w przypadku, gdy - w czasie trwania zwolnienia - w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma osoby, która mogłaby takie świadczenie zapewnić.

2. O zasadności dostarczenia leków lub sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego decyduje lekarz Centrum Operacyjnego Assistance.
3. Ubezpieczenie nie obejmuje wartości leków ani sprzętu rehabilitacyjnego. Koszty nabycia leków lub sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony.
4. Realizacja świadczenia, o którym mowa w ust. 1, przysługuje Ubezpieczonemu wyłącznie dwa razy w rocznym okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż do łącznej wysokości 200 zł.

Organizacja wizyty u lekarza specjalisty

1. W przypadku, gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku albo nagłego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczony potrzebuje pomocy lekarza specjalisty, Centrum Operacyjne Assistance na wniosek i koszt Ubezpieczającego zorganizuje wizytę u odpowiedniego lekarza specjalisty.
2. Koszty wizyty u lekarza specjalisty, o którym mowa w ust. 1 pokrywa Ubezpieczony.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 polega na skontaktowaniu się z placówką medyczną, która znajduje się w miarę możliwości najbliższej miejsca zamieszkania i która świadczy usługi właściwego specjalisty oraz umówienie wizyty Ubezpieczonego w tej placówce.

WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ASSISTANCE MEDYCZNY

1. Z zakresu odpowiedzialności TUV „TUZ” wyłączone są zdarzenia i skutki zdarzeń związanych z zagrożeniem życia wymagających natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego; w przypadku otrzymania przez Centrum Operacyjne Assistance zgłoszenia zdarzenia związanego z zagrożeniem życia Ubezpieczonego, TUV „TUZ” może odmówić realizacji świadczeń, przy czym TUV „TUZ” nie ponosi odpowiedzialności za kwalifikację danego zdarzenia (na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego) jako zagrażającego życiu oraz za skutki takiej kwalifikacji.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez TUV „TUZ” nie obejmuje zdarzeń powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia Ubezpieczonego nie związanego z pomocą medyczną udzieloną w przypadku nieszczęśliwego lub wypadku nagłego zachorowania,
 - 2) chorób przewlekłych, psychicznych lub depresji Ubezpieczonego,
 - 3) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed objęciem go ubezpieczeniem,
 - 4) fizykoterapii, helioterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, którym poddał się Ubezpieczony,
 - 5) chorób Ubezpieczonego przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS i wirusa HIV,
 - 6) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - 7) alkoholizmu lub przebywania pod wpływem alkoholu, używania narkotyków i środków odurzających nie przepisanych przez lekarza lub przepisanych przez lekarza, ale stosowanych niezgodnie z jego zaleceniem,
 - 8) epidemii, o których władze kraju przeznaczenia poinformowały w środkach masowego przekazu, skażeń oraz katastrof naturalnych,
 - 9) promieniowania radioaktywnego i jonizującego,
 - 10) wydarzeń, związanych z wojnami domowymi lub o zasięgu międzynarodowym, rozruchami i niepokojami społecznymi, aktami sabotażu oraz zamachami,
 - 11) wypadków wynikających z brania udziału przez Ubezpieczonego w zakładach, przestępstwach i bójkach, za wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności,
 - 12) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego,
 - 13) szczepień, a także leczenia dentystycznego, urazów nie wymagających udzielenia pomocy medycznej,
 - 14) wypadków wynikających z wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportów lub sportów wysokiego ryzyka,
 - 15) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 16) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego Assistance,
 - 17) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej lub w ramach działalności gospodarczej, w tym zwłaszcza prac: budowlanych, związanych z montażem, demontażem, konserwacją, dozorowaniem mienia i osób, przewozem mienia i osób, wydobyciem i przetwórstwem surowców naturalnych, prac leśnych i w rolnictwie, zawodowo wykonywanych czynności ratowniczych dotyczących osób i mienia itp.
3. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zdarzeń powstałych przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA ASSISTANCE

Obowiązki Ubezpieczającego/Ubezpiezonego

1. W celu umożliwienia Centrum Operacyjnemu Assistance spełnienia świadczenia assistance, Ubezpieczający, Ubezpieczony lub każda inna osoba działająca w jego imieniu zobowiązany/a jest zawiadomić Centrum Operacyjne Assistance o zdarzeniu objętym ochroną ubezpieczeniową niezwłocznie, nie dalej niż w ciągu 24 (dwudziestu czterech) godzin od zaistnienia zdarzenia, telefonując pod numer (+48) 61 831 99 88, dedykowany do obsługi (linia dostępna 24 godziny na dobę) i podając następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpiezonego,
 - 2) imię i nazwisko zgłaszającego zdarzenie,
 - 3) adres miejsca zamieszkania Ubezpiezonego,
 - 4) numer polisy (nr identyfikacyjny Ubezpieczającego),
 - 5) i w zależności od okoliczności następujące dane:
 - a) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczającym, Ubezpieczonym/każdą inną osobą działającą w jego imieniu,
 - b) miejsce oraz okoliczności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz miejsce, w którym aktualnie znajduje się Ubezpieczony,
 - c) wszelkie inne okoliczności, których ustalenie lub znajomość są nie-zbędne do prawidłowej i rzetelnej realizacji przez Centrum Operacyjne Assistance na rzecz Ubezpiezonego świadczeń assistance określonych w niniejszej klauzuli na zasadach w niej określonych.
2. W przypadku zaistnienia wątpliwości odnośnie uprawnień zgłaszającego do korzystania ze świadczeń assistance lub w przypadku, gdy podane telefonicznie dane są w całości lub w części niezgodne z informacjami posiadanymi przez Centrum Operacyjne Assistance, operator Centrum Operacyjnego Assistance informuje zgłaszającego o obowiązku okazania, na żądanie przedstawiciela Centrum Operacyjnego Assistance, ważnego dokumentu tożsamości pod rygorem utraty prawa do otrzymania świadczeń lub dochodzenia przez Centrum Operacyjne Assistance zwrotu kosztów zorganizowanych na rzecz zgłaszającego świadczeń assistance.
3. W przypadku ustalenia przez Centrum Operacyjne Assistance, że zgłaszający jest Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym oraz po stwierdzeniu, iż zdarzenie jest objęte ubezpieczeniem assistance, Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) określić rodzaj niezbędnej pomocy wynikającej z przyczyny szkody,
 - 2) użyć wszelkich środków jakimi dysponuje, aby ograniczyć zwiększenie się skutków szkody,
 - 3) umożliwić dostęp Przedstawiciela Centrum Operacyjnego Assistance do miejsca realizacji świadczenia.
4. Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest do stosowania się do wskazówek przekazanych przez Centrum Operacyjne Assistance.
5. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie dopełni któregośkolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-4, a miało to wpływ na zakres odpowiedzialności TUW „TUZ”, TUW „TUZ” ma prawo do odmowy lub odpowiedniego zmniejszenia wysokości świadczenia assistance.

Zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpiezonego we własnym zakresie

1. W przypadku braku możliwości udzielenia świadczeń, o których mowa w niniejszej klauzuli, po uzgodnieniu z Centrum Operacyjnym Assistance, Ubezpieczony może samodzielnie zorganizować i pokryć koszty przysługujących mu świadczeń. TUW „TUZ” dokona zwrotu takich kosztów zgodnie z zapisami poniższych ust. 3-6.
2. W przypadku, gdy z okoliczności zdarzenia wynika, że Ubezpieczony z przyczyn niezależnych od siebie nie był w stanie zgłosić zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do Centrum Operacyjnego Assistance niezwłocznie po jego zajściu, TUW „TUZ” może dokonać zwrotu kosztów poniesionych we własnym zakresie przez Ubezpiezonego zgodnie z zapisami ust.3-6, do wysokości w jakiej zostałyby one poniesione, gdyby dane świadczenie było bezpośrednio zorganizowane i zrealizowane przez Centrum Operacyjne Assistance.
3. Zwrot kosztów nastąpi najwyżej do wysokości limitów określonych w niniejszych OWU oraz pod warunkiem, że koszty te zostały poniesione na świadczenia zgodne z przysługującym Ubezpieczonemu zakresem.
4. Zwrot kosztów dokonywany jest wyłącznie na podstawie oryginałów imiennych rachunków lub faktur za usługi wraz z dowodami ich zapłaty.
5. Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć pisemnie do TUW „TUZ”. W przypadku uznania wniosku, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku.
6. Zwrot kosztów dokonywany jest w złotych polskich. Jeżeli koszty zostały poniesione w walucie obcej, ich zwrot dokonywany jest w złotych polskich według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego z dnia poniesienia wydatków.

ANEKS NR 1**ANEKS NR 1****DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA INFORMACJA W SPRAWIE ZASAD SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA
REKLAMACJI I SKARG****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 „TUZ”) składanych przez Klientów Tuz „TUZ”.
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 „TUZ”.
 - 2) Reklamacji – należy przez to rozumieć wystąpienie skierowane do Tuz „TUZ” przez jego Klienta, będącego osobą fizyczną (ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia), w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Tuz „TUZ”.
 - 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 „TUZ”, pracowników Tuz „TUZ” lub agentów ubezpieczeniowych, z którymi współpracuje Tuz „TUZ”.

MIEJSCE SKŁADANIA REKLAMACJI I SKARG**§ 2**

Reklamacja albo skarga może być złożona w każdej jednostce organizacyjnej Tuz „TUZ” 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 „TUZ” zajmującej się obsługą Klienta albo
 - b) przesyłką pocztową lub listem poleconym wysłanym na adres siedziby Tuz „TUZ” (Centrali) lub każdej jednostki terenowej Tuz „TUZ”;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie na numer (+48) 22 441 57 57 albo
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce organizacyjnej Tuz „TUZ” zajmującej się obsługą Klienta; 3) pocztą elektroniczną na adres reklamacje@tuz.pl.
2. Wykaz wszystkich jednostek organizacyjnych (Centrali oraz jednostek terenowych Tuz „TUZ”) wraz z danymi kontaktowymi dostępny jest na stronie internetowej: 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 „TUZ” 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 POTWIERDZANIA WPLYWU REKLAMACJI I SKARG**§ 5**

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

TERMIN ROZPATRYWANIA 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, TUV „TUZ” 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. TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” do sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE**§ 9**

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

ANEKS NR 3**ANEKS NR 3**

do Ogólnych warunków ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr 12/2012 z dnia 14 marca 2012 r. oraz Aneksu nr 1 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” 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) TUV „TUZ” 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, TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” 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 spadkobiercy. 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 świadczeń pomocy Assistance, 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 TUV „TUZ” 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, TUV „TUZ” 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) TUV „TUZ” udostępnia ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności TUV „TUZ” lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez TUV „TUZ” udostępnionych

informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez TUV „TUZ”.

- 8) Informacje i dokumenty, o których mowa w pkt. 7, TUV „TUZ” udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
- 9) Sposób:
 - a) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w pkt. 7,
 - b) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z pkt. 7 informacji,
 - c) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania 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) TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” Nr U/121/2015 z dnia 29 grudnia 2015 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

ANEKS NR 4

ANEKS NR 4

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr U/12/2012 z dnia 14 marca 2012 r.

§ 1

W ogólnych warunkach ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, w § 1 po ust. 5 dodaje się ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. Spór między Klientem a TUV „TUZ” może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a TUV „TUZ”, prowadzonego przez Rzecznika Finansowego: adres strony internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl.

7. Przez Klienta, o którym mowa w ust. 6, rozumie się:

- 1) konsumenta - osobę fizyczną dokonującą z przedsiębiorcą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową,
- 2) przedsiębiorcę - osobę fizyczną, osobę prawną i jednostką organizacyjną, o której mowa w art. 331 § 1 kodeksu cywilnego, prowadzącą we własnym imieniu działalność gospodarczą lub zawodową, będącego ubezpieczającym, ubezpieczonym,
- 3) uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.”.

§ 2

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUV „TUZ” nr U/8/2017 z dnia 4 stycznia 2017 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 10.01.2017 r.

ANEKS NR 5

ANEKS NR 5

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr U/12/2012 z dnia 14 marca 2012 r.

§ 1

W ogólnych warunkach ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, w § 8 uchyla się ust. 8.

§ 2

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUV „TUZ” nr U/30/2017 z dnia 25 stycznia 2017 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 01.03.2017 r.

ANEKS NR 6**ANEKS NR 6****DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA INFORMACJA W SPRAWIE ZASAD SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA
REKLAMACJI I SKARG**

1. Niniejszym Aneksiem zastępuje się postanowienia Aneksu nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia informujących o zasadach składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg składanych przez Klientów TUV „TUZ”.
2. Ilekroć w niniejszym Aneksie jest mowa o:
 - 1) **Kliencie** (definicja ma zastosowanie wyłącznie w zakresie składania skarg i reklamacji - niniejszych OWU) :
 - a) osoba prawna,
 - b) jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej,
 - c) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
 - 2) **reklamacji** – wystąpienie skierowane do TUV „TUZ” przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TUV „TUZ”;
 - 3) **skardze** – 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 TUV „TUZ” lub agentów ubezpieczeniowych, z którymi współpracuje TUV „TUZ”;
3. Reklamacja albo skarga może być złożona w każdej jednostce TUV „TUZ” obsługującej Klienta.
4. Reklamacja albo skarga może być złożona w następujących formach:
 - 1) pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie TUV „TUZ” lub w innej jednostce TUV „TUZ” obsługującej Klienta,
 - b) przesyłką pocztową wysłaną na adres siedziby TUV „TUZ” lub innej jednostki TUV „TUZ” obsługującej Klienta,
 - 2) ustnej:
 - a) telefonicznie na numer: (+48) 22 327 60 60,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie TUV „TUZ” lub w innej jednostce TUV „TUZ” 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 TUV „TUZ” 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
5. 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.
6. Na żądanie Klienta TUV „TUZ” potwierdza fakt otrzymania reklamacji albo skargi w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
7. 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.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji albo skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, TUV „TUZ” 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.
9. 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.

10. Odpowiedź na reklamację albo skargę udzielona w formie pisemnej powinna być wysłana przesyłką pocztową lub listem poleconym wysłanym na adres wskazany przez Klienta.
11. Na wyłączny wniosek Klienta odpowiedź na reklamację albo skargę może być dostarczona pocztą elektroniczną lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.
12. TUW „TUZ” podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUW „TUZ” nr U/31/2025r. z dnia 05 marca 2025 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 01.04.2025r.

ANEKS NR 7**ANEKS NR 7****do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr U/12/2012 z dnia 14 marca 2012 r.****§ 1**

1. Niniejszym Aneksem w związku ze zmianą formy prawnej TUZ Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych wprowadza się zmiany określone w § 2 Aneksu.

§ 2

1. § 1 ust. 1 OWU otrzymuje brzmienie:

„1. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych między TUZ Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną (poprzednio: TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych) z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 41, 02 – 672 Warszawa, wpisaną 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, zwaną dalej „TUZ Ubezpieczenia”, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi albo jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych niniejszymi OWU (postanowienia szczególne), pod warunkiem sporządzenia ich pod rygorem nieważności na piśmie w formie załącznika lub aneksu do umowy ubezpieczenia.”

2. Ilekroć w treści OWU jest mowa o TUW „TUZ” należy rozumieć to jako odnoszące się do „TUZ Ubezpieczenia”.

§ 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUZ Ubezpieczenia nr U/3/2025r z dnia 28 sierpnia 2025 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 9 września 2025 r.

ANEKS NR 8**ANEKS NR 8****do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” Nr U/12/2012 z dnia 14 marca 2012 r.****§ 1**

1. Niniejszym Aneksem zastępuje się postanowienia Aneksu nr 6 do ogólnych warunków ubezpieczenia informujących o zasadach składania i rozpatrywania reklamacji oraz skarg składanych przez Klientów TUZ Ubezpieczenia.
2. Ilekroć w niniejszym Aneksie jest mowa o:
 - 1) **Kliencie** (definicja ma zastosowanie wyłącznie w zakresie składania skarg i reklamacji - niniejszych OWU) :
 - a) osoba prawna,
 - b) jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej,
 - c) osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, upoważnionym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia;
 - 2) **reklamacji** – wystąpienie skierowane do TUZ Ubezpieczenia przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez TUZ Ubezpieczenia;
 - 3) **skardze** – 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;
3. Reklamacja albo Skarga może być złożona w każdej jednostce TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta.

4. Reklamacja albo Skarga może być złożona:
 - 1) na piśmie:
 - a) w postaci papierowej:
 - i. osobiście w siedzibie TUZ Ubezpieczenia lub w innej jednostce TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta,
 - ii. przesyłką pocztową wysłaną na adres siedziby TUZ Ubezpieczenia lub innej jednostki TUZ Ubezpieczenia obsługującej Klienta,
 - b) w postaci elektronicznej:
 - i. z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, w szczególności wysłana na adres: reklamacje@tuz.pl lub wysłana poprzez formularz umieszczony na stronie internetowej www.tuz.pl,
 - ii. albo wysłana na adres TUZ Ubezpieczenia do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - 2) ustnie:
 - 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.
5. 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.
6. Na żądanie Klienta TUZ Ubezpieczenia potwierdza fakt otrzymania Reklamacji albo Skargi w sposób uzgodniony z Klientem.
7. 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.
8. 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 albo Skargi.
9. TUZ Ubezpieczenia rozpatruje Reklamację albo Skargę i udziela Klientowi odpowiedzi na piśmie:
 - 1) w postaci elektronicznej – w przypadku gdy Reklamacja albo Skarga została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej,
 - 2) w postaci papierowej – w przypadku gdy Reklamacja albo Skarga została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej,
 - 3) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta – w przypadku gdy Reklamacja albo Skarga została złożona przez Klienta ustnie.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, odpowiedź jest udzielana:
 - 1) z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego Klient złożył Reklamację albo Skargę, albo innego wskazanego przez Klienta środka komunikacji elektronicznej w przypadku gdy Reklamacja albo Skarga została złożona przez Klienta z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej,
 - 2) na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy – w przypadku gdy Reklamacja albo Skarga została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych.
11. TUZ Ubezpieczenia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 3

Niniejszy Aneks został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUZ Ubezpieczenia nr U/1/2026r. z dnia 14 stycznia 2026 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 13 lutego 2026 r.