

ROZDZIAŁ I
Postanowienia Ogólne
§ 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 Towarzystwem, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającym.

§ 2

1. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych niniejszymi OWU – postanowienia szczególne – wyłącznie w formie pisemnej.

2. W razie wprowadzenia do umowy ubezpieczenia postanowień szczególnych, niniejsze OWU mają zastosowanie, jeśli wprowadzone do umowy postanowienia szczególne nie stanowią inaczej.

3. Ubezpieczający może dokonać zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. W takim przypadku postanowienia niniejszych OWU stosuje się odpowiednio do osoby trzeciej – Ubezpieczonego.

§ 3

W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia oraz postanowieniami niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 4

Przez użyte w niniejszych OWU określenia rozumie się:

- 1) **dieta dzienna** – kwota wypłacana za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek, zawał serca lub wylew krwi do mózgu,
- 2) **grupowe ubezpieczenie** – ubezpieczenie obejmujące grupę osób fizycznych 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,
- 3) **indywidualne ubezpieczenie** – ubezpieczenie osoby fizycznej wskazanej imiennie w polisie,
- 4) **koszty leczenia** – koszty poniesione przez Ubezpieczającego na leczenie wymienione w § 16,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, trwałego rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu.
- 6) **polisa** – dokument stwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 7) **Ubezpieczający** – osoba zawierająca z Towarzystwem umowę ubezpieczenia,
- 8) **Ubezpieczony** – osoba określona w umowie ubezpieczenia, której zdrowie i życie są przedmiotem umowy ubezpieczenia,
- 9) **Uprawniony** – osoba określona w umowie ubezpieczenia, która jest upoważniona do odbioru świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego; w sytuacji braku takiej osoby do odbioru świadczenia upoważnieni są:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) inni spadkobiercy ustawowi,

10) **udar mózgu** – nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu w następstwie zmian naczyniowych np. krwotoku, zatoru, zakrzepu,

11) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – naruszenie sprawności organizmu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia powodujące upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy,

12) **zawał serca** – martwica wycinka mięśnia sercowego, powstająca na skutek ustania dopływu krwi z powodu niedrożności naczynia wieńcowego.

ROZDZIAŁ II
Przedmiot ubezpieczenia
§ 5

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków powodujące trwałe uszkodzenie ciała, trwały rozstrój zdrowia lub śmierć.

ROZDZIAŁ III
Zakres ubezpieczenia
§ 6

1. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową następujące ryzyka:

- 1) nieszczęśliwe wypadki,
- 2) zawał serca i udar mózgu,
- 3) dietę dzienną,
- 4) koszty leczenia.

2. Ubezpieczenie może obejmować zakres:

- 1) pełny – w czasie pracy, w drodze z domu do pracy, w drodze z pracy do domu oraz w życiu prywatnym,
- 2) ograniczony – w czasie pracy, w drodze z domu do pracy, w drodze z pracy do domu.

§ 7

W przypadku ubezpieczenia studentów lub uczniów przez pojęcie „praca” rozumie się odpowiednio „uczelnię”, „szkołę” lub „przedszkole”.

§ 8

Towarzystwo odpowiada za szkody objęte ubezpieczeniem powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza granicami kraju.

§ 9

1. Indywidualna umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz osoby, która nie ukończyła 65 roku życia.

2. Postanowienia ust. 1 nie mają zastosowania w przypadku kontynuacji umowy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ IV
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności
§ 10

Towarzystwo nie odpowiada za następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe wskutek:

- 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- 2) zakłóceń lub zaburzeń świadomości wynikających ze spożycia alkoholu, użycia narkotyków lub innych środków odurzających, psychotropowych,
- 3) zdarzeń spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego lub wynikających z jego rażącego niedbalstwa,
- 4) działań wojennych, zamachów terrorystycznych, uczestniczenia w rozruchach, sabotażach, strajkach, bójkach, porachunkach,

- 5) pośredniego i bezpośredniego działania materiałów radioaktywnych,
- 6) chorób i zaburzeń psychicznych, chorób zawodowych, przewlekłych, chronicznych lub tropikalnych,
- 7) 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,
- 8) wyczynowego uprawiania sportu oraz uprawiania niebezpiecznych dyscyplin sportu; przez osobę wyczynowo uprawiającą sport należy rozumieć osobę należącą do klubu sportowego, z wyłączeniem szkolnych klubów sportowych, lub osobę profesjonalnie uprawiającą sport w celach zarobkowych,
- 9) uprawiania dyscyplin sportu polegających na używaniu pojazdów mechanicznych,
- 10) prowadzenia pojazdów mechanicznych przez Ubezpieczonego bez wymaganych uprawnień,
- 11) zdarzeń zaistniałych przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a zgłoszonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

§ 11

Odpowiedzialność Towarzystwa 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.

ROZDZIAŁ V

Suma ubezpieczenia i wysokość świadczeń

§ 12

1. Górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa stanowi suma ubezpieczenia określona w umowie ubezpieczenia.
2. Maksymalna suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnym wynosi 50 000 zł dla osób do 65 roku życia. Dla osób powyżej 65 roku życia maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 20 000 zł. Dla większych sum ubezpieczenia Towarzystwo ustali warunki ubezpieczenia w sposób indywidualny. Minimalna suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu indywidualnym wynosi 5 000 zł.
3. W ubezpieczeniu grupowym imiennym lub bezimiennym, sumę ubezpieczenia ustala się w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych osób. Minimalna suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu grupowym wynosi 2 000 zł.
4. Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 ulegają zmniejszeniu o wypłacone świadczenie.
5. Ubezpieczający może w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa z tego tytułu rozpoczyna się po upływie 7 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy i opłacenia składki.
6. Ubezpieczonemu przysługują następujące świadczenia:
 - 1) z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2) z tytułu trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia

w wysokości odpowiedniej do stopnia (procentu) trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w przypadku 100% inwalidztwa – pełna suma ubezpieczenia.

7. Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje:

- 1) prawo do otrzymywania diety dziennej,
- 2) zwrot kosztów leczenia.

§ 13

Towarzystwo wypłaci należne odszkodowanie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpi ona przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku, ale nie wcześniej niż 14 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 14

1. Prawo do diety dziennej za pobyt w szpitalu przysługuje od 3 dnia od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, jednak nie dłużej niż za okres 90 dni od tej daty.

2. Podstawą do przyznania diety dziennej jest przedstawienie w Towarzystwie oryginału wypisu ze szpitala oraz oryginałów zwolnień lekarskich.

3. Wysokość diety dziennej wynosi 0,2 % sumy ubezpieczenia.

§ 15

1. Ubezpieczony ubiegający się o przyznanie diety dziennej może być zobowiązany przez Towarzystwo do poddania się badaniom wykonywanym przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.

2. W razie nie poddania się badaniom, o których stanowi ust. 1, Towarzystwo ma prawo odmówić lub zawiesić wypłatę diety dziennej.

§ 16

1. W rozumieniu niniejszych OWU kosztami leczenia są niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty:

- 1) opieki medycznej,
- 2) pobytu w szpitalu,
- 3) operacji i zabiegów ambulatoryjnych,
- 4) wizyt i badań lekarskich,
- 5) nabycia środków opatrunkowych i leczniczych zalecanych przez lekarza,
- 6) przewiezienia Ubezpieczonego z miejsca nieszczęśliwego wypadku do szpitala i ze szpitala do domu,
- 7) bezwzględnie zalecanego przez lekarza pobytu w sanatorium, trwającego jednak nie dłużej niż 30 dni.

2. Zwrot kosztów leczenia nie przysługuje Uprawnionemu w przypadku, gdy koszty leczenia będą pokryte przez ubezpieczenie społeczne.

§ 17

Zwrot kosztów leczenia przysługuje do wysokości 25% sumy ubezpieczenia na podstawie oryginalnych imiennych rachunków.

ROZDZIAŁ VI

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 18

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku złożonego przez Ubezpieczającego w Towarzystwie.
2. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych niezbędnych do zawarcia

umowy ubezpieczenia i określenia należnej składki albo został sporządzony wadliwie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia względnie złożenia nowego wniosku.

3. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

§ 19

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie indywidualnej lub grupowej.
- Indywidualna umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w formie imiennej.
- Grupowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie grupowej imiennej lub bezimiennej.
- Grupowa umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie bezimiennej pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób wchodzących w skład grupy, wycieczki itp. W przypadku zawarcia umowy w formie bezimiennej, na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek prowadzenia imiennej listy Ubezpieczonych.
- 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 i dołączenia jej do wniosku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem § 20.
- Minimalna liczba osób wymagana przy ubezpieczeniu grupowym wynosi 5.

§ 20

- Osoby ubezpieczone za pośrednictwem zakładu pracy w ramach imiennej umowy ubezpieczenia składają indywidualne deklaracje zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na swoją rzecz oraz na potrącanie im składek z comiesięcznego wynagrodzenia.
- Deklaracje podpisywane są na czas nieoznaczony.
- Deklaracje w ciągu 14 dni od daty ich wypisania wraz z imiennym wykazem osób sporządzonym w dwóch egzemplarzach, przekazywane są do Towarzystwa celem potwierdzenia zgłoszenia osób do ubezpieczenia. Po potwierdzeniu deklaracji zgody Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu kopie wykazu i oryginały deklaracji w celu przechowywania ich jako dowodu ubezpieczenia poszczególnych osób.
- Wykaz imienny osób oraz deklaracje zgody powinny być na bieżąco aktualizowane i wszelkie zmiany przekazywane do Towarzystwa.

§ 21

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na okres:

- krótkoterminowy do 31 dni włącznie – tylko w zakresie pełnym,
- średnioterminowy powyżej 31 dni do dwunastu miesięcy – tylko w zakresie pełnym,
- dwunastomiesięczny – w zakresie pełnym lub ograniczonym.

§ 22

- Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo stwierdza polisą.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą wydania Ubezpieczającemu polisy.
- Umowy ubezpieczenia nie można zawrzeć wcześniej niż na 30 dni przed rozpoczęciem terminu ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VII

Składka ubezpieczeniowa

§ 23

- Składka ubezpieczeniowa jest ustalana zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia lub w dniu, w którym rozpoczyna się kolejny okres odpowiedzialności Towarzystwa.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej może być ustalona na mocy porozumienia stron, w sposób odbiegający od ustaleń taryfowych, z uwzględnieniem okoliczności wpływających na wielkość ryzyka.
- Towarzystwo udziela następujących zniżek i zwwyżek składki:
 - zniżki składki:
 - generalne:
 - za objęte udziały członkowskie w Towarzystwie,
 - za dokupienie udziałów członkowskich w Towarzystwie,
 - za bezszkodowy przebieg ubezpieczenia,
 - za kontynuację umowy ubezpieczenia,
 - za ogólny stan zdrowia i wiek do 55 lat,
 - za wyłączenie z zakresu ubezpieczenia zawału serca i udaru mózgu,
 - za wyłączenie z zakresu ubezpieczenia diety dziennej,
 - za wyłączenie z zakresu ubezpieczenia kosztów leczenia,
 - za ubezpieczenie grupowe,
 - za indywidualną ocenę ryzyka,
 - zwwyżki składki:
 - generalne:
 - za niewykupienie członkostwa w Towarzystwie,
 - za opłatę składki w ratach.
- Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Towarzystwa.
- Składkę opłaca się jednorazowo przy zawieraniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może ustalać inny sposób i termin zapłaty składki.
- W razie nieterminowego opłacenia raty składki Towarzystwo może odstąpić od umowy albo dochodzić zapłaty zaległej raty składki wraz z odsetkami ustawowymi na drodze sądowej.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia określiła ratalny sposób opłacania składki, z momentem wypłaty świadczenia stają się natychmiast wymagalne raty składki, które nie zostały jeszcze zapłacone. Towarzystwo potrąca z wypłacanego świadczenia należności z tytułu niezapłaconych jeszcze rat składki, przypadających za okres do końca okresu ubezpieczenia.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej, sposób i termin jej zapłaty są określane w polisie.
- Składkę uznaje się za opłaconą w dniu jej zapłaty do rąk upoważnionego przez Towarzystwo przedstawiciela (agenta, pracownika) lub w dniu uznania rachunku bankowego Towarzystwa.

10. W ubezpieczeniu grupowym, zawartym przez Ubezpieczającego (zakład pracy), na rzecz i w imieniu pracowników, składka może być płatna w ratach miesięcznych. W takim przypadku:
- 1) pierwsza rata składki powinna być opłacona najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, w którym została podpisana deklaracja zgody,
 - 2) kolejne raty składki ubezpieczeniowej powinny być opłacane z góry w terminie i wysokościach określonych w umowie ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VIII

Powstanie i okres odpowiedzialności towarzystwa

§ 24

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się:
 - 1) w ubezpieczeniu indywidualnym – od następnego dnia od zawarcia umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki bądź raty składki,
 - 2) w ubezpieczeniu grupowym – od dnia następnego po zgłoszeniu wniosku i opłaceniu składki; w przypadku ubezpieczenia młodzieży szkolnej, studentów, dzieci w wieku przedszkolnym odpowiedzialność Towarzystwa może obejmować okres poprzedzający zawarcie umowy, jednak nie wcześniejszy niż od początku roku szkolnego (akademickiego) pod warunkiem, że wniosek ubezpieczeniowy zostanie złożony w Towarzystwie w przypadku dzieci przedszkolnych i młodzieży szkolnej do dnia 31 października danego roku, a w przypadku młodzieży akademickiej do dnia 30 listopada danego roku,
 - 3) w ubezpieczeniu grupowym dla osób podpisujących deklarację zgody – od dnia następnego po podpisaniu deklaracji zgody, jednak nie wcześniej niż od daty wskazanej w umowie ubezpieczenia, a dla pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z 15 dniem od daty podpisania deklaracji zgody.
2. Umowa ubezpieczenia może określić inny termin, od którego Towarzystwo będzie ponosiło odpowiedzialność z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie trwania ubezpieczenia początek odpowiedzialności Towarzystwa, dotyczący nowej sumy ubezpieczenia, rozpoczyna się po wyznaczonym okresie karencji trwającym 14 dni licząc od dnia opłacenia dodatkowej składki.

§ 25

Okres odpowiedzialności Towarzystwa jest określony w umowie ubezpieczenia.

§ 26

Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:

- 1) z upływem terminu określonego w umowie ubezpieczenia,
- 2) w razie wyczerpania sumy ubezpieczenia,
- 3) z upływem miesiąca, za który została opłacona ostatnia składka w czasie zatrudnienia Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia grupowego,
- 4) z upływem miesiąca od daty rozwiązania stosunku pracy w przypadku ubezpieczenia grupowego,
- 5) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
- 6) z datą rozwiązania umowy wskutek odstąpienia lub wypowiedzenia.

ROZDZIAŁ IX

Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy

§ 27

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego może nastąpić w okresie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, gdy Ubezpieczającym jest osoba fizyczna i w terminie 7 dni, gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca.

3. Towarzystwo może ze skutkiem natychmiastowym odstąpić od umowy ubezpieczenia w razie stwierdzenia, że Ubezpieczający podał we wniosku o ubezpieczenie informacje niezgodne ze stanem faktycznym.

4. Towarzystwu przysługuje składka za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

5. Każda ze stron umowy może w ciągu miesiąca od daty wypłaty świadczenia albo daty doręczenia odmowy jego wypłacenia, wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

6. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdej chwili z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

ROZDZIAŁ X

Zwrot składki ubezpieczeniowej

§ 28

1. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem określonego w polisie końcowego terminu Towarzystwo dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego o zwrot składki i po złożeniu oryginału polisy w Towarzystwie.
2. Dokonując zwrotu składki Towarzystwo potrąca 21% składki podlegającej zwrotowi tytułem poniesionych kosztów manipulacyjnych.
3. Składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do wykorzystanego okresu ubezpieczenia. Rozpoczęty miesiąc polisowy uważa się za wykorzystany.
4. Za datę, od której przysługuje zwrot składki przyjmuje się datę otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 1, przez Towarzystwo.
5. Zwrot składki (jej części) nie przysługuje, jeżeli:
 - 1) w okresie ubezpieczenia nastąpiło zdarzenie, w związku z którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty odszkodowania lub wypłaciło odszkodowanie,
 - 2) składka podlegająca zwrotowi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych nie przekracza 20 zł.

ROZDZIAŁ XI

Oświadczenia i zawiadomienia

§ 29

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

ROZDZIAŁ XII
Obowiązki ubezpieczającego
§ 30

W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest do:

- 1) stosowania się do zaleceń lekarskich, a w razie konieczności, poddania się opiece i zabiegom lekarskim,
- 2) niezwłocznego zawiadomienia pisemnego Towarzystwa o zaistniałym wypadku, najpóźniej 7 dni od daty wypadku, a w przypadku uzasadniającej wypłatę diety dziennej natychmiast, pod rygorem utraty uprawnień do tego świadczenia,
- 3) dokładnych i precyzyjnych odpowiedzi na pytania zawarte w drukach i formularzach dostarczonych przez Towarzystwo,
- 4) poinformowania Towarzystwa o istotnych faktach mogących mieć wpływ na istnienie i wysokość jego odpowiedzialności, a zwłaszcza umożliwienia Towarzystwu zasięgnięcia informacji o okolicznościach wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
- 5) poddania się, na zlecenie Towarzystwa, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej,
- 6) umożliwienia zasięgnięcia przez Towarzystwo informacji o jego stanie zdrowia sprzed nieszczęśliwego wypadku,
- 7) dostarczenia dokumentacji lekarskiej i innych dokumentów uzasadniających wysokość roszczenia,
- 8) poinformowania o zakończeniu leczenia lub terminie jego zakończenia.

§ 31

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uprawniony do świadczenia jest zobowiązany do dostarczenia aktu zgonu i wszystkich dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia.

§ 32

1. Jeżeli Ubezpieczający nie wywiąże się z obowiązków nałożonych na niego w § 30 i § 31 Towarzystwo ma prawo do odmowy lub zmniejszenia wypłaty świadczenia, jeżeli ma to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia (odszkodowania) a nie wywiązanie się z tych obowiązków było wynikiem rażącego niedbalstwa lub świadomego działania.
2. W przypadku gdy sytuacja wymieniona w ust. 1 dotyczy tylko części świadczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy lub zmniejszenia wypłaty tej części, natomiast bezsporna część zostanie wypłacona.

ROZDZIAŁ XIII
Ustalenie i wypłata świadczeń
§ 33

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

kserokopii lub odpisów akt szkodowych.

§ 34

Świadczenia wypłaca się do wysokości ustalonej w umowie sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem postanowień niniejszych OWU.

§ 35

Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczeń tylko i wyłącznie wtedy, gdy zostanie ustalony związek przyczynowy między wypadkiem a trwałym uszkodzeniem ciała (śmiercią) lub trwałym rozstrojem zdrowia, za które Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.

§ 36

1. 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. 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.
4. W zależności od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca poszkodowanemu, który w wyniku wypadku doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości 1/100 sumy ubezpieczenia za każdy 1% (jeden procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. 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.
6. Jeżeli przed śmiercią poszkodowanego, która nie pozostaje w związku przyczynowym z wypadkiem, nie został ustalony procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie ustala się na podstawie dokumentacji lekarskiej.

§ 37

Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się osobie uprawnionej, wymienionej w § 4 pkt. 9 chyba, że w umowie ubezpieczenia Ubezpieczający podał inną osobę uprawnioną.

§ 38

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

§ 39

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

§ 40

Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o szkodzie, chyba że wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o szkodzie.

§ 41


Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o tym na piśmie w terminie określonym w § 40, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz informując Ubezpieczonego o przysługujących mu środkach prawnych dalszego dochodzenia roszczeń.

§ 42

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

ROZDZIAŁ XIV
Postanowienia końcowe
§ 43

1. Niniejsze OWU określają treść umowy ubezpieczenia, jeżeli zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zostały doręczone Ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
2. Fakt otrzymania niniejszych OWU Ubezpieczający poświadczą w formie pisemnej na dokumencie ubezpieczenia (polisie).
3. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Walnego Zgromadzenia Członków Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” z dnia 23 czerwca 2004 r., i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie z terminem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej od dnia 1 stycznia 2004 r.


 Prezes Zarządu
 Tomasz Żrodowski


 Członek Zarządu
 Beata Grelowska

ANEKS NR 1
Do ogólnych warunków ubezpieczenia
§ 1

1. Niniejszy aneks zostaje wprowadzony w życie w związku ze zmianą od dnia 10.08.2007 r. Kodeksu cywilnego w części dotyczącej umowy ubezpieczenia.
2. Zapisy niniejszego aneksu mają pierwszeństwo stosowania przed postanowieniami doręczonych Ubezpieczającemu ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Aneksem, do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie stosowne OWU doręczone Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a także właściwe przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Ubezpieczenie na cudzy rachunek
§ 2

1. Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może także zawrzeć na cudzy rachunek, tj. na rachunek Ubezpieczonego wskazanego w umowie ubezpieczenia. TUV „TUZ” może podnieść zarówno przeciwko Ubezpieczonemu, jak i Ubezpieczającemu zarzut, który ma wpływ na odpowiedzialność ubezpieczeniową TUV „TUZ”.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:
 - 1) TUV „TUZ” na wniosek Ubezpieczonego doręcza mu tekst OWU;
 - 2) obowiązki Ubezpieczającego wynikające z OWU odnoszą się również do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 3–6;
 - 3) roszczenie o zapłatę składki przysługuje TUV „TUZ” wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu;
 - 4) obowiązki Ubezpieczającego dotyczące udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zamieszczone we wniosku lub skierowane do Ubezpieczającego w innej formie przed zawarciem umowy ubezpieczenia, spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
 - 5) obowiązki Ubezpieczającego dotyczące niezwłocznego zgłaszania zmian okoliczności, o które zapytywał TUV „TUZ” przed zawarciem umowy ubezpieczenia, spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
 - 6) obowiązki Ubezpieczającego dotyczące wymaganego terminu powiadomienia o wypadku, spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
 - 7) wyłączenia odpowiedzialności określone w § 10 ust. 1 i 2 niniejszego Aneksu stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego;
 - 8) dotyczącej ubezpieczenia osobowego – Ubezpieczony obowiązany jest wyrazić zgodę na wskazane przez Ubezpieczającego osoby do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego (zapis nie ma zastosowania do umowy na cudzy rachunek, gdy Ubezpieczający nie wskazuje uprawnionego do otrzymania świadczenia);
 - 9) dotyczącej ubezpieczenia osobowego – wymagana jest akceptacja Centrali TUV „TUZ”, o ile Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia na okaziciela.

Umowy ubezpieczenia

§ 3

Zapisy dotyczące zawarcia umowy ubezpieczenia określono we właściwych OWU, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w § 2 niniejszego Aneksu.

§ 4

- Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający, jak i TUV „TUZ” może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w terminie 14 dni od otrzymania od drugiej strony żądania zmiany wysokości składki na skutek ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa powstania szkody.
- Jeżeli TUV „TUZ” ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w wymaganym terminie, TUV „TUZ” może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym zawiadamiając o tym jednocześnie Ubezpieczającego.
- Za porozumieniem stron możliwe jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed końcem okresu ubezpieczenia, jeżeli rozwiązanie tej umowy ma na celu zawarcie z TUV „TUZ” kolejnych umów ubezpieczenia na ten sam okres ubezpieczenia i na bazie tych samych OWU (tzw. wyrównanie okresów ubezpieczenia).
- Przy ubezpieczeniu osobowym Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub OWU, a w razie jego braku ze skutkiem natychmiastowym (zapis niniejszego ustępu dotyczy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i innych ubezpieczeń osobowych oferowanych przez TUV „TUZ”).

§ 5

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - z upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia;
 - z dniem określonym w porozumieniu stron, o którym mowa w § 4 ust. 4 niniejszego Aneksu;
 - w przypadku niezapłacenia składki lub kolejnej raty składki w wyznaczonym terminie – z upływem 7 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania od TUV „TUZ” do zapłacenia zaległej raty składki z zagrożeniem ustania odpowiedzialności (rozwiązania umowy ubezpieczenia);
 - z chwilą wyczerpania się sum ubezpieczenia lub wypłaty odszkodowania za szkodę całkowitą; o ile w OWU nie zdefiniowano szkody całkowitej – za taką szkodę uznaje się każdą stratę (w szczególności: utratę, zniszczenie lub nawet uszkodzenie uniemożliwiające dalsze korzystanie z przedmiotu ubezpieczenia) związaną z interesem majątkowym stanowiącym przedmiot ubezpieczenia i skutkującą wypłatą odszkodowania, nawet jeżeli wysokość odszkodowania nie jest równa sumie ubezpieczenia;
 - w ubezpieczeniach osobowych – z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia lub z chwilą zgonu Ubezpieczonego, chyba że umowa ubezpieczenia obejmuje ochroną ubezpieczeniową większą liczbę osób.

- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia w sytuacji przejścia prawa własności na nowego właściciela rzeczy ruchomej oraz nieruchomości określono we właściwych OWU doręczonych Ubezpieczającemu.

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 6

- 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 i zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Jeżeli w polisie 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.
- Odpowiedzialność TUV „TUZ” kończy się z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa

§ 7

- Zapisy dotyczące sposobu obliczenia składki oraz przysługujących Ubezpieczającemu ewentualnych zniżek składki, a także ewentualnego stosowania przez TUV „TUZ” zwwyżek składki zawarto we właściwych OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Uchylone zostają postanowienia dotyczące stosowania zniżek i zwwyżek generalnych z tytułu członkostwa w TUV „TUZ”, o ile takie zapisy znajdują się w OWU doręczonych Ubezpieczającemu.

§ 8

- Składkę oblicza się za okres odpowiedzialności TUV „TUZ”. Wysokość składki za ubezpieczenie określa się w polisie i na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia lub zmiany umowy ubezpieczenia. Termin zapłaty składki określa się w polisie.
- Składka może być rozłożona na raty. Termin zapłaty pierwszej i kolejnych rat oraz ich wysokość określa się w polisie. Za zapłatę składki lub raty składki nie uważa się zapłaty kwoty niższej od wynikającej z umowy ubezpieczenia.
- Zapłaty składki lub jej pierwszej raty Ubezpieczający dokonuje w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej.
- Za dzień zapłaty składki lub raty składki uważa się datę, kiedy TUV „TUZ” mogło składką lub jej ratą dysponować (wpłynięcie środków na rachunek bankowy TUV „TUZ” lub przyjęcie gotówki za potwierdzeniem przez przedstawiciela TUV „TUZ”).
- Składkę uzupełniającą i dodatkową (odpowiednio: w przypadku przywrócenia do pierwotnej wysokości sumy ubezpieczenia po wypłacie odszkodowania/świadczenia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia), oblicza się za każdy dzień pozostałego okresu ubezpieczenia.
- Z chwilą ustalenia odszkodowania/świadczenia (zatwierdzenia do wypłaty) wszystkie niezapłacone jeszcze raty składki stają się wymagalne. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci należnych rat składki przed wypłatą odszkodowania/świadczenia, TUV „TUZ” potrąca je od ustalonego odszkodowania/świadczenia. Postanowienia niniejszego ustępu nie zwalniają Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki lub jej rat w terminie

oznaczonym w polisie nawet, jeżeli toczy się jeszcze proces likwidacji szkody. Postanowień niniejszego ustępu nie stosuje się do ubezpieczeń, gdzie przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna.

7. W razie ujawnienia okoliczności pociągającej za sobą istotne zwiększenie prawdopodobieństwa powstania szkody, TUV „TUZ” może odpowiednio zwiększyć składkę, poczynając od chwili, gdy zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W takim przypadku TUV „TUZ” wezwie Ubezpieczającego do zapłaty podwyższonej składki.

§ 9

1. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres odpowiedzialności ubezpieczeniowej ponoszonej przez TUV „TUZ”.

2. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, składka za nie wykorzystany okres odpowiedzialności ubezpieczeniowej podlega zwrotowi, o ile:

- 1) nie zaistniała szkoda objęta odpowiedzialnością ubezpieczeniową, która spowodowała bądź spowoduje wyczerpanie sumy ubezpieczenia, tj. za którą TUV „TUZ” wypłaciło odszkodowanie równe sumie ubezpieczenia lub za którą jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania równego sumie ubezpieczenia (tzw. konsumpcja sumy ubezpieczenia), oraz
- 2) nie zaistniała szkoda całkowita, o której mowa w § 5 ust. 1 pkt 5 niniejszego Aneksu, objęta odpowiedzialnością ubezpieczeniową, za którą TUV „TUZ” wypłaciło odszkodowanie lub za którą jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania;
- 3) w ubezpieczeniu osobowym nie zaistniała szkoda objęta odpowiedzialnością ubezpieczeniową, która spowodowała bądź spowoduje wyczerpanie się sumy ubezpieczenia lub nie nastąpił zgon Ubezpieczonego skutkujący wypłatą określonego świadczenia.

3. W przypadku zaistnienia szkody, za którą TUV „TUZ” zobowiązane jest lub może być zobowiązane do wypłaty odszkodowania, składka za niewykorzystany okres odpowiedzialności podlega zwrotowi po zamknięciu procesu (postępowania) likwidacyjnego i pisemnego doręczenia stanowiska w danej szkodzi, o ile zachodzą warunki określone w ust. 2.

4. Należną do zwrotu składkę oblicza się za nie wykorzystany okres odpowiedzialności ubezpieczeniowej proporcjonalnie do pozostałej sumy ubezpieczenia, stanowiącej różnicę między sumą ubezpieczenia a wypłaconym odszkodowaniem/świadczeniem, o ile zachodzą warunki określone w ust. 2. Każdy rozpoczęty dzień liczy się jako wykorzystany.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

1. TUV „TUZ” nie odpowiada za szkody, jeżeli Ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie (świadczenie) się nie należy, chyba że OWU doręczone Ubezpieczającemu stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania (świadczenia) odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

2. TUV „TUZ” nie ponosi odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną umyślnie przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

3. Pozostałe wyłączenia odpowiedzialności TUV „TUZ” określone w OWU doręczonych Ubezpieczającemu pozostają bez zmian (pozostają w mocy).

Roszczenia regresowe

§ 11

1. Z chwilą wypłaty odszkodowania roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na TUV „TUZ” do wysokości wypłaconego odszkodowania. Jeżeli TUV „TUZ” pokryło tylko część szkody, Ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń.

2. Nie przechodzą na TUV „TUZ” roszczenia Ubezpieczającego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.

3. TUV „TUZ” może odmówić przyznania odszkodowania/świadczenia lub je odpowiednio ograniczyć, jeżeli Ubezpieczający bez zgody TUV „TUZ” zrzekł się roszczeń w stosunku do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę lub w inny sposób uniemożliwił TUV „TUZ” dochodzenie roszczeń regresowych. Jeżeli zrzeczenie się roszczeń lub uniemożliwienie TUV „TUZ” dochodzenia roszczeń regresowych zostanie ujawnione po wypłacie odszkodowania/świadczenia, TUV „TUZ” przysługuje prawo dochodzenia od Ubezpieczającego zwrotu całości lub odpowiedniej części wypłaconego odszkodowania wraz z odsetkami ustawowymi, naliczonymi od dnia wypłaty odszkodowania.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą Zarządu TUV „TUZ” nr U/50/2007 z dnia 18 lipca 2007 roku.

2. Niniejszy Aneks wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od tej daty.



Członek Zarządu
Jacek Rykański



Wiceprezes Zarządu
Małgorzata Zielińska