

Informacja wskazująca, które z postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczą podstawowych warunków umowy ubezpieczenia. Informacja stanowi integralną część niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i wynika z art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ANTYCOVIDOWEGO

RODZAJ INFORMACJI	POSTANOWIENIA  Ogólnych warunków ubezpieczenia
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3, § 4, § 5, § 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 6 ust. 4, § 7 ust. 1, § 10 ust. 5, § 10 ust. 6, § 10 ust. 7

## Definicje

### § 1

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia antycovidowego („OWU”) lub w umowie ubezpieczenia używa się wymienionych poniżej pojęć, należy przez nie rozumieć:
  - 1) **ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej** – ustawę z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
  - 2) **Kodeks cywilny** – ustawę z 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny;
  - 3) **Kodeks pracy** - ustawę z 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy;
  - 4) **ustawa o działalności leczniczej** - ustawę z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
  - 5) **ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** - ustawę z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  - 6) **ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** – ustawę z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
  - 7) **ubezpieczyciel** – Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych;
  - 8) **ubezpieczający** – osobę zawierającą z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU;
  - 9) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym na podstawie OWU;
  - 10) **pracodawca** – pracodawcę w rozumieniu Kodeksu pracy;
  - 11) **pracownik** - pracownika w rozumieniu Kodeksu pracy, a także osobę fizyczną świadczącą usługi na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z art. 750 Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, w tym będącego osobą fizyczną przedsiębiorcą świadczącego w dotyczącym go okresie ubezpieczenia usługi na rzecz ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w formie pisemnej, jednakże wyłącznie w przypadku, gdy przedsiębiorca ten w tym samym okresie nie świadczy żadnych usług na rzecz osób innych niż ubezpieczający;
  - 12) **ubezpieczony** – pracownika ubezpieczającego objętego ochroną ubezpieczeniową;
  - 13) **osoba najbliższa ubezpieczonego** – każdą z następujących osób:
    - a) małżonek ubezpieczonego albo jego partner życiowy prowadzącego z nim wspólne gospodarstwo domowe niezależnie od płci pracownika i partnera życiowego,
    - b) zstępni i wstępni ubezpieczonego, jego małżonka albo partnera życiowego, którzy pozostają z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

- 14) **centrum alarmowe** – telefoniczny punkt kontaktowy we wszystkich sprawach związanych z ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w dalszej części OWU; numer telefonu centrum alarmowego wskazany jest w umowie ubezpieczenia;
- 15) **miejsce zamieszkania** – znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsce, w którym dana osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu;
- 16) **lekarz** – osobę wykonującą zawód lekarza w rozumieniu przepisów ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 17) **pacjent** – pacjenta w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej;
- 18) **świadczenia zdrowotne** - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia;
- 19) **procedura medyczna** - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze realizowane przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 20) **usługa lecznicza** – świadczenie zdrowotne i procedurę medyczną, inne niż:
  - a) świadczenia szpitalne opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne,
  - b) świadczenia szpitalne z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego;
- 21) **podmiot leczniczy** – przedsiębiorcę wykonującego działalność leczniczą;
- 22) **placówka lecznicza** – lokal, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą;
- 23) **szpital** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej szpital w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, inny niż placówka lecznicza będąca sanatorium, uzdrowiskiem, domem opieki, zakładem opiekuńczo-leczniczym, ośrodkiem leczenia uzależnień lub szpitalem sanatoryjnym;
- 24) **pobyt w szpitalu** – pobyt osoby uprawnionej w szpitalu w charakterze pacjenta korzystającego z całodobowych i stacjonarnych usług leczniczych tego szpitala w rozumieniu, jakie pojęciu całodobowych i stacjonarnych usług leczniczych nadaje ustawa o działalności leczniczej;
- 25) **oddział OIOM** – oddział znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej szpitala, na którym wykonywane są usługi lecznicze intensywnej opieki medycznej w rozumieniu, jakie pojęciu usług leczniczych intensywnej opieki medycznej nadaje rozporządzenie ministra zdrowia z 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych i zakresu leczenia szpitalnego;
- 26) **pobyt w OIOM** - pobyt osoby uprawnionej na oddziale OIOM w charakterze pacjenta korzystającego z całodobowych i stacjonarnych usług leczniczych świadczonych w tym oddziale;

- 27) **COVID 19** – każdą postać i odmianę ostrej choroby infekcyjnej spowodowanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, powodująca objawy ze strony układu oddechowego i ogólnoustrojowe;
  - 28) **diagnoza COVID 19** – ustalenie istnienia tej choroby wynikiem testu diagnostycznego zgodnym ze stanowiskiem Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID w sprawie możliwości wykorzystania testów wykrywających antygen SARS-CoV-2 w diagnostyce COVID-19 w Polsce;
  - 29) **zawiadomienie o zdiagnozowaniu COVID 19** – zawiadomienie danej osoby o zdiagnozowaniu u niej choroby COVID 19, dokonane w trybie przewidzianym w danym czasie przez powszechnie obowiązujące przepisy;
  - 30) **psycholog** – osoba wykonująca zawód psychologa w rozumieniu przepisów ustawy z 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów;
  - 31) **kwarantanna** – kwarantanna w rozumieniu przepisów ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, której osoba uprawniona została poddana z powodu narażenie na zachorowanie na COVID 19, a także wynikający z przepisów nakaz przebywania przez osobę chora na COVID 19 w niebędącym szpitalem lub inną placówką medyczną miejscu;
  - 32) **artykuły pierwszej potrzeby** – żywność, lekarstwa przepisane przez lekarza, środki higieny osobistej środki oraz środki chemiczne zwykle używane w gospodarstwie domowym do utrzymania czystości;
  - 33) **dzień** – okres czasu, do którego odnosi się ta sama data;
  - 34) **dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem dni wolnych od pracy w rozumieniu ustawy z 18 stycznia 1951 roku o dniach wolnych od pracy.
2. Pojęcia nie zdefiniowane w OWU, a zdefiniowane w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w Kodeksie cywilnym, w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bądź w ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi używane są w OWU w znaczeniu nadanym im przez przepisy wymienionych ustaw.
  3. Pojęcia nie zdefiniowane w OWU, ani też w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w Kodeksie cywilnym, w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a używane w którejkolwiek z wymienionych ustaw, są używane w OWU w takim samym znaczeniu, w jakim używa się ich w tych ustawach.
  4. Pojęcia nie zdefiniowane w OWU, ani też w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w Kodeksie cywilnym, w ustawie o działalności leczniczej, w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie o

zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a używane w przepisach innych ustaw, są używane w OWU w takim samym znaczeniu, w jakim używa się ich w tych innych ustawach.

5. Pojęcia nie zdefiniowane w OWU, ani też w ustawach, o których mowa w ust. 2 - 4, są używane w OWU w znaczeniu wynikającym z powszechnie używanego języka polskiego.
6. Pojęcia używane w OWU i umowie ubezpieczenia mają w tej ostatniej znaczenie nadane im lub wynikające z OWU.

## **Postanowienia porządkowe**

### **§ 2**

1. OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy ubezpieczycielem a pracodawcami innymi niż osoby fizyczne.
2. Umowa ubezpieczenia może zawierać postanowienia odmienne od postanowień OWU. Postanowienia umowy ubezpieczenia uchylają odmienne od nich postanowienia OWU.

## **Przedmiot i zakres ubezpieczenia oraz sposób udzielania ochrony ubezpieczeniowej**

### **§ 3**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonych.
2. Ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel udziela:
  - 1) zobowiązując się do zapłaty na rzecz ubezpieczonych świadczeń, o których mowa w § 4, w razie pobytu ubezpieczonych w szpitalu na oddziale OIOM lub na innym oddziale;
  - 2) organizując usługi assistance, o których mowa w § 5, oraz pokrywając w całości lub w części ich koszty.

### **§ 4**

1. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego paragrafu, w razie pobytu ubezpieczonego w szpitalu wskutek zachorowania przez niego na COVID 19:
  - 1) ubezpieczyciel zapłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
    - a) jednorazowo 6000 (sześć tysięcy) zł w razie pobytu ubezpieczonego na oddziale OIOM,
    - b) dodatkowo 300 (trzysta) zł za każdy rozpoczęty dzień pobytu na oddziale OIOM do czternastego dnia włącznie (za kolejne dni pobytu na oddziale OIOM świadczenie opisane w postanowieniu niniejszej litery „b” nie przysługuje);

- 2) ubezpieczyciel zapłaci ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 300 (trzysta) zł za każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu na oddziale innym niż oddział OIOM do czternastego dnia włącznie (za kolejne dni pobytu w szpitalu świadczenie opisane w postanowieniu niniejszego pkt 2 nie przysługuje).
2. W razie, gdy w tym samym dniu ubezpieczony przebywa na oddziale OIOM oraz na innym oddziale, przysługuje mu wyłącznie świadczenie w wysokości 300 (trzysta) zł za ten dzień, z tytułu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2.
3. W razie, gdy w tym samym dniu ubezpieczony przebywa w dwóch szpitalach albo na dwóch oddziałach OIOM, przysługuje mu za ten dzień tylko jedno świadczenie w wysokości 300 (trzysta) zł.
4. W razie, gdy ubezpieczony przebywa na dwóch oddziałach OIOM, przysługuje mu tylko jedno świadczenie w wysokości 6000 (sześć tysięcy) zł, nawet jeśli zachorował na COVID 19 więcej niż jeden raz.
5. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1, przysługują ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku, gdy łącznie spełnione zostaną dwa warunki:
  - 1) o diagnozie zachorowania przez ubezpieczonego na COVID 19 zawiadomiono go w dotyczącym tego ubezpieczonego okresie ubezpieczenia albo chorobę COVID 19 zdiagnozowano u ubezpieczonego w tym okresie (decyduje okoliczność korzystniejsza dla ubezpieczonego);
  - 2) pobyt ubezpieczonego na oddziale OIOM rozpoczął się w okresie ubezpieczenia.
6. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 2, przysługują ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku, gdy łącznie spełnione zostaną dwa warunki:
  - 1) o diagnozie zachorowania przez ubezpieczonego na COVID 19 zawiadomiono go w dotyczącym tego ubezpieczonego okresie ubezpieczenia albo chorobę COVID 19 zdiagnozowano u ubezpieczonego w tym okresie (decyduje okoliczność korzystniejsza dla ubezpieczonego);
  - 2) pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia.
7. Za pobyt w szpitalu i pobyt na oddziale OIOM uważa się pobyt wyłącznie w celu leczenia COVID 19 lub łagodzenia przebiegu tej choroby poprzez usługi lecznicze.
8. Za pierwszy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu uważa się dzień jego przyjęcia do szpitala, a za ostatni dzień pobytu uważa się dzień jego wypisu ze szpitala. Do pobytu ubezpieczonego na oddziale OIOM postanowienie zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 przysługuje ubezpieczonemu wyłącznie w przypadku, gdy jego pobyt w szpitalu trwa dłużej niż 7 dni.
10. Roszczenia o zapłatę świadczeń, o których mowa w ust. 1, mogą być zgłaszane ubezpieczycielowi telefonicznie w ramach kontaktu z centrum alarmowym, bądź pocztą elektroniczną na adres [medical@europ-assistance.pl](mailto:medical@europ-assistance.pl), bądź też pisemnie na adres ul. Wołoska 5 02-675 Warszawa

(podmiot współpracujący z ubezpieczycielem). W każdym przypadku ubezpieczyciel może zażądać dowodów potwierdzających zasadność roszczeń. Dowodami tymi mogą być wedle wyboru ubezpieczyciela dokumenty lub ich odpisy i skany, a w szczególności wynik testu, dokumenty potwierdzające pobyt w szpitalu i na oddziale OIOM oraz dowody tożsamości.

11. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, spełnione zostaną w terminach wynikających z Kodeksu cywilnego.

## § 5

1. Z zastrzeżeniem ust. 11 i 17, usługi assistance organizuje oraz ich koszty pokrywa ubezpieczyciel. Zakres usług objętych ubezpieczeniem oraz limity obrazuje poniższa tabela:

Rodzaj usługi	Zakres usługi	Limit	Czas reakcji
Pomoc profilaktyczna	Zdalne rozpoznanie objawów COVID 19	Brak	1 godz. od przyjęcia zgłoszenia
	Zdalne konsultacje medyczne	4	4 godz. od przyjęcia zgłoszenia
	Zdalne konsultacje psychologiczne	4	1 dzień roboczy od przyjęcia zgłoszenia
Pomoc w czasie kwarantanny	Zdalne konsultacje medyczne	4	4 godz. od przyjęcia zgłoszenia
	Zdalne konsultacje psychologiczne	4	1 dzień roboczy od przyjęcia zgłoszenia
	Zakupy z dostawą do domu	14	2 dni na dostarczenie zakupów od przyjęcia zgłoszenia
	Zdalne wsparcie IT	3	2 godz. od przyjęcia zgłoszenia
	Zapewnienie domowych warunków izolacji	500 (pięćset) zł	2 dni na zapewnienie lokalu od przyjęcia zgłoszenia
	Telewsparcie	Brak	1 godz. od przyjęcia zgłoszenia
	Opieka nad osobami potencjalnie niesamodzielnymi	4	2 dni na zapewnienie opieki od przyjęcia zgłoszenia
Opieka poszpitalna	Transport medyczny	2	4 godz. na zapewnienie transportu od przyjęcia zgłoszenia

Wizyta lekarza	1	1 dzień roboczy na zapewnienie wizyty lekarza od przyjęcia zgłoszenia
Zakupy z dostawą do domu	14	2 dni na dostarczenie zakupów od przyjęcia zgłoszenia
Opieka nad osobami potencjalnie niesamodzielnymi	4	2 dni na zapewnienie opieki od przyjęcia zgłoszenia
Rehabilitacja	500 (pięćset) zł	7 dni na zapewnienie wizyty rehabilitanta od przyjęcia zgłoszenia
Zapewnienie sanatorium	500 (pięćset) zł	2 tygodnie na zapewnienie pobytu sanatorium w terminie nie późniejszym niż 6 miesięcy od przyjęcia zgłoszenia
Zdalne konsultacje medyczne	Brak	4 godz. od przyjęcia zgłoszenia
Zdalne konsultacje psychologiczne	Brak	1 dzień roboczy od przyjęcia zgłoszenia

2. Pomoc profilaktyczna przysługuje ubezpieczonemu, gdy w dotyczącym go okresie ubezpieczenia powstanie podwyższone ryzyko zachorowania przez niego na COVID 19, tj. gdy w tym okresie u osoby najbliższej ubezpieczonego zdiagnozowana zostanie choroba COVID 19. Pomoc profilaktyczna przysługuje ubezpieczonemu przez okres 7 dni licząc od dnia powstania podwyższonego ryzyka zachorowania przez niego na COVID 19.
3. Pomoc w razie kwarantanny przysługuje ubezpieczonemu, gdy w dotyczącym go okresie ubezpieczenia przebywa on na kwarantannie. Pomoc w razie kwarantanny przysługuje ubezpieczonemu przez okres 14 dni licząc od dnia objęcia go kwarantanną.
4. Opieka poszpitalna przysługuje ubezpieczonemu, któremu przysługuje świadczenie, o którym mowa w § 4, jeśli został on wypisany ze szpitala, gdzie przebywał wskutek zachorowania na COVID 19. Opieka poszpitalna przysługuje ubezpieczonemu przez okres 14 dni licząc od dnia wypisania go ze szpitala.
5. Rozpoznanie objawów COVID 19 polega na tym, że w ramach kontaktu z Centrum Alarmowym ubezpieczony uzyska ocenę wystąpienia u ubezpieczonego objawów COVID 19, a także odpowiednio do wyników tej oceny rekomendacje co do sposobu dalszego postępowania. Ocena i rekomendacja zostaną przygotowane na podstawie informacji i zaleceń publikowanych na



- stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Światowej Organizacji Zdrowia.
6. Zdalne konsultacje medyczne polegają na tym, że w ramach kontaktu z centrum alarmowym ubezpieczony uzyska od lekarza, którego usługę zorganizuje ubezpieczyciel, ocenę wystąpienia u ubezpieczonego objawów COVID 19, a także indywidualne medyczne rekomendacje co do sposobu dalszego postępowania. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczony może skorzystać z czterech zdalnych konsultacji medycznych, z zastrzeżeniem ust. 20.
  7. Zdalne konsultacje psychologiczne polegają na tym, że w ramach kontaktu z centrum alarmowym ubezpieczony uzyska od psychologa, którego usługę zorganizuje ubezpieczyciel, poradę zmierzającą do zapobieżenia wystąpieniu u ubezpieczonego negatywnych skutków psychologicznych zagrożenia zachorowaniem na COVID 19 albo do ich minimalizacji. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczony może skorzystać z czterech zdalnych konsultacji psychologicznych, z zastrzeżeniem ust. 20.
  8. Dostęp do infolinii polega na tym, że w ramach kontaktu z centrum alarmowym ubezpieczony uzyska ogólne informacje o chorobie COVID 19 i jej występowaniu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przygotowane na podstawie informacji publikowanych na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz Światowej Organizacji Zdrowia.
  9. Zakupy z dostawą do domu polegają na tym, że na zlecenie ubezpieczonego ubezpieczyciel zapewni dokonanie zakupów wskazanych przez ubezpieczonego artykułów pierwszej potrzeby ubezpieczonego i dostarczy je do miejsca zamieszkania ubezpieczonego albo miejsca, w którym ubezpieczony przebywa korzystając z usługi, o której mowa w ust. 11, z zastrzeżeniem, że zapłata ceny nabywanych towarów spoczywa na ubezpieczonym. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczony może skorzystać z niej czternaście razy, z zastrzeżeniem ust. 20.
  10. Zdalne wsparcie IT polega na tym, że w ramach kontaktu z centrum alarmowym ubezpieczony uzyska od specjalisty ds. sprzętu komputerowego i oprogramowania poradę dotyczącą problemów z funkcjonowaniem sprzętu komputerowego będącego w posiadaniu ubezpieczonego. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczony może skorzystać z niej trzy razy, z zastrzeżeniem ust. 20.
  11. Zapewnienie ubezpieczonemu domowych warunków izolacji polega na wynajęciu przez ubezpieczyciela w imieniu i dla potrzeb wyłącznie ubezpieczonego lokalu z miejscem do spania, kuchnią i toaletą w odległości nie większej niż 50 kilometrów od miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczyciel pokrywa do kwoty 500 (pięćset) zł koszt czynszu najmu.

Pozostała część czynszu najmu oraz wszelkie inne koszty korzystania z lokalu ciążą na ubezpieczonym. W celu wynajęcia przez ubezpieczyciela lokalu w imieniu ubezpieczonego, ubezpieczony udzieli ubezpieczycielowi pełnomocnictwa. Alternatywnie ubezpieczyciel może wskazać ubezpieczonemu lokal, który ubezpieczony będzie mógł wynająć, za zapłatą przez ubezpieczyciela czynszu do kwoty 500 (pięćset) zł. Ubezpieczony może także we własnym zakresie wynająć lokal wyłącznie dla swych potrzeb i w takim przypadku ubezpieczyciel sfinansuje czynsz wynajmu do kwoty 500 (pięćset) zł.

12. Telewsparcie polega na utrzymywaniu przez centrum alarmowe kontaktu z ubezpieczonym. Centrum alarmowe w kontaktuje się z ubezpieczonym nie rzadziej niż raz na 24 godziny, chyba że ubezpieczony wyznaczy mniejszą częstotliwość, w celu ustalenia samopoczucia i potrzeb ubezpieczonego i zaproponowania mu pozostałych usług assistance odpowiednio do okoliczności.
13. Opieka nad osobami potencjalnie niesamodzielnymi polega na tym, że na zlecenie ubezpieczonego ubezpieczyciel zapewni opiekę nad osobami najbliższymi ubezpieczonego, które ukończyły 75 rok życia albo nie ukończyły 18 roku życia, bądź które nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych, bądź też które są dziećmi ubezpieczonego, jego małżonka albo partnera życiowego, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem wydanym na podstawie przepisów ustawy z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych albo orzeczeniem zgodnie z tymi przepisami traktowanymi na równi. Opieka nad tymi osobami sprawowana jest przez pielęgniarkę lub pielęgniara i wykonywana w zakresie usług leczniczych typowo wykonywanych przez pielęgniarki i pielęgniarkę. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi leczniczej limit oznacza, że ubezpieczony może je zlecić czterokrotnie, każdorazowo na okres nie dłuższy niż 1 (jedna) godzina, z zastrzeżeniem ust. 20.
14. Transport medyczny polega na tym, że ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty transportu ubezpieczonego do najbliższej placówki leczniczej, która może wykonać daną usługę. Transport organizowany jest z miejsca zamieszkania ubezpieczonego w przypadkach, gdy zgodnie z wiedzą medyczną wskazana jest wizyta w placówce leczniczej. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczony może dwukrotnie skorzystać z tego rodzaju usługi, z zastrzeżeniem ust. 20. Transport medyczny nie obejmuje usług medycznych świadczonych przez pogotowie ratunkowe.
15. Wizyta lekarza polega na tym, że ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty jednej, z zastrzeżeniem ust. 20, wizyty lekarza medycyny rodzinnej w miejscu zamieszkania ubezpieczonego w celu skorzystania przez niego z usługi leczniczej takich lekarzy w zakresie możliwym do przeprowadzenia w miejscu jej świadczenia. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że tym, że ubezpieczony może skorzystać z niej jeden raz, z zastrzeżeniem ust. 20.

16. Rehabilitacja polega na tym, że w przypadkach, gdy zgodnie z wiedzą medyczną uzasadnione jest poddanie się przez ubezpieczonego rehabilitacji, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty usług rehabilitanta dla potrzeb wyłącznie ubezpieczonego, które będą świadczone w miejscu jego zamieszkania. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczyciel pokrywa koszty usług rehabilitanta do kwoty 500 (pięćset) zł.
17. Zapewnienie sanatorium polega na tym, że w przypadkach, gdy zgodnie z wiedzą medyczną uzasadnione jest skorzystanie przez ubezpieczonego z pobytu w sanatorium, ubezpieczyciel nabędzie w imieniu i dla potrzeb wyłącznie ubezpieczonego usługi w postaci pobytu w sanatorium. Wskazany w tabeli przedstawionej w ust. 1 odnoszący się do tego rodzaju usługi limit oznacza, że ubezpieczyciel pokrywa do kwoty 500 (pięćset) zł koszt tej usługi. Pozostała część kosztu korzystania z tej usługi ciąży na ubezpieczonym. W celu nabycia tej usługi przez ubezpieczyciela w imieniu ubezpieczonego, ubezpieczony udzieli ubezpieczycielowi pełnomocnictwa. Ubezpieczony może także we własnym zakresie nabyć taką usługę wyłącznie dla swych potrzeb i w takim przypadku ubezpieczyciel sfinansuje jej koszt do kwoty 500 (pięćset) zł.
18. Świadczenia, o których mowa w tabeli przedstawionej w ust. 1 świadczone są w terminach ustalonych w czwartej kolumnie tej tabeli (Czas reakcji), co oznacza, że ilekroć w tabeli nie podaje się w tej sprawie bardziej szczegółowego wyjaśnienia, we wskazanym tam terminie zgłoszenie zostanie odebrane i usługa zostanie udzielona. Wskazane w tabeli terminy mogą ulec wydłużeniu w razie, gdy wykonanie usług w tych terminach nie będzie możliwe z uwagi na działanie siły wyższej.
19. Z wyjątkiem świadczeń, które zgodnie z postanowieniami ustępów poprzedzających przysługują osobom, w stosunku do których zachodzi podwyższone ryzyko zachorowania na COVID 19, bądź osobom poddanym kwarantannie, świadczenia, o których mowa w ust. 1 przysługują wyłącznie takim ubezpieczonym, którzy o zdiagnozowaniu u nich COVID 19 zostały zawiadomione w dotyczącym ich okresie ubezpieczenia albo u których w tym okresie zdiagnozowano COVID 19 (decyduje okoliczność korzystniejsza dla osoby uprawnionej).
20. Ustalone w tabeli przedstawionej w ust. 1 limity są limitami odnoszącymi się do okresu ubezpieczenia dotyczącego danego ubezpieczonego w ramach okresu ubezpieczenia ustalonego zgodnie z § 6 ust. 1 i obowiązują niezależnie od tego, ile razy ubezpieczony zachoruje na COVID 19 w tym okresie ubezpieczenia, a także ile razy zostanie zdiagnozowana oraz ile razy ubezpieczony zostanie o diagnozie zawiadomiony.
21. Limity usług poszczególnych zakresów (kolumna druga tabeli przedstawionej w ust. 1) wymieniane w poszczególnych rodzajach usług (kolumna pierwsza tabeli przedstawionej w ust. 1) są od siebie niezależne.

22. Zlecenie organizacji usług, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 11 – 17, ubezpieczony składa telefonując do centrum alarmowego. Pozostałe usługi wymienione w poprzedzających ustępach udzielane są w ramach kontaktu z centrum alarmowym.
23. Wszelkie świadczenia, o których mowa w poprzedzających ustępach niniejszego paragrafu przysługują wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobom na nim się znajdującym.

## **§ 6**

1. Centrum alarmowe czynne jest nieprzerwanie, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, nie wyłączając świąt i innych dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Koszt połączeń telefonicznych z centrum alarmowym pokrywa osoba nawiązująca połączenie zgodnie z taryfą swego operatora.
3. Usługi, które zgodnie z postanowieniami ustępów poprzedzających świadczone są zdalnie, mogą być według wyboru ubezpieczyciela świadczone telefonicznie lub wideofonicznie.
4. Wszystkie połączenia telefoniczne z centrum alarmowym będą utrwalane. Osoby, które odmówią zgody na utrwalenie rozmowy, nie będą mogły zgłosić roszczeń zgodnie z postanowieniami § 4 oraz nie uzyskają usług, o których mowa w § 5.

## **Zawarcie i rozwiązanie umowy ubezpieczenia**

## **§ 7**

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w umowie ubezpieczenia, rozpoczynający się nie wcześniej niż po opłaceniu składki, o której mowa w § 9 ust. 3 (okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia jej zawarcia lub jej automatycznego przedłużenia, a jeżeli nie jest przedsiębiorcą, to w terminie trzydziestu dni.
3. Oświadczenia, o których mowa w ust. 2 i 3 dla swej skuteczności wymagają formy pisemnej.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

## **Obejmowanie ochroną poszczególnych ubezpieczonych oraz ustanie ochrony w stosunku do poszczególnych ubezpieczonych**

### **§ 8**

1. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego paragrafu objęcie ochroną ubezpieczeniową wszystkich pracowników ubezpieczającego następuje automatycznie, tj. bez składania przez nich osobnych oświadczeń woli.
2. W stosunku do pracowników ubezpieczającego, którym status pracownika przysługuje w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, okres ubezpieczenia odpowiada okresowi ubezpieczenia ustalonemu w umowie ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 1, chyba że przed jego upływem wystąpią z ubezpieczenia albo utracą status pracowników ubezpieczającego.
3. W stosunku do pracowników ubezpieczającego, którzy ten status nabędą po momencie zawarcia umowy ubezpieczenia, okres ubezpieczenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym pracownik nabył status pracownika, a kończy wraz z upływem okresu ubezpieczenia ustalonego w umowie ubezpieczenia zgodnie z § 7 ust. 1, chyba że przed jego upływem wystąpią z ubezpieczenia albo utracą status pracowników ubezpieczającego.
4. Okres ubezpieczenia odnoszący się do poszczególnych ubezpieczonych automatycznie wygasa z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym utracili oni status pracowników ubezpieczającego.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia.
6. Oświadczenie o wystąpieniu wywołuje skutek pierwszego dnia pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym oświadczenie o wystąpieniu zostało złożone.
8. Oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia składa się ubezpieczającemu w formie pisemnej. Dla potrzeb umowy ubezpieczenia złożenie takiego oświadczenia ubezpieczającemu równoznaczne jest z jego złożeniem ubezpieczycielowi.
9. Złożenie przez ubezpieczonego oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia nie jest równoznaczne z ustaniem ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej tego ubezpieczonego. Okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do ubezpieczonych określają postanowienia ust. 1 – 3 oraz ust. 6, z zastrzeżeniem § 8 ust. 5.

### **Składka**

### **§ 9**

1. Składkę ustala się w zależności od liczby pracowników ubezpieczającego, przedmiotu jego działalności oraz struktury wiekowej pracowników ubezpieczającego.

2. Składka należna jest ubezpieczycielowi w wysokości stanowiącej iloczyn ustalonej w umowie ubezpieczenia stawki za jednego ubezpieczonego oraz średniorocznej liczby ubezpieczonych, przy czym średnioroczną liczbę ubezpieczonych oblicza się w ten sposób, że sumuje się liczby ubezpieczonych według stanu na każdy ostatni dzień każdego miesiąca kalendarzowego okresu ubezpieczenia i dzieli przez liczbę miesięcy okresu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający opłaca składkę zaliczkowo za cały okres ubezpieczenia z góry, w terminie ustalonym w umowie ubezpieczenia, w wysokości obliczonej dla liczby ubezpieczonych według stanu na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego rozpoczynającego okres ubezpieczenia.
4. W terminie 14 dni od zakończenia okresu ubezpieczenia ustalana jest rzeczywista średnioroczna liczba ubezpieczonych, a w terminie kolejnych 14 dni następuje rozliczenie składki w ten sposób, że ubezpieczający dopłaca dodatnią różnicę pomiędzy składką ostatecznie należną a składką zaliczkową albo ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu dodatnią różnicę pomiędzy składką zaliczkową, a składką ostatecznie należną. Ustalenie rzeczywistej średniorocznej liczby ubezpieczonych następuje na podstawie odpowiednich do okoliczności dowodów przedstawionych przez ubezpieczającego.
5. Umowy ubezpieczenia zawierane są wyłącznie z ubezpieczającymi, którzy finansują składkę w całości.
6. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została udzielona ochrona ubezpieczeniowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### **Dane osobowe**

#### **§ 10**

1. Obejmując ubezpieczonych ochroną, ubezpieczyciel pozyskuje dane osobowe ubezpieczonych wyłącznie w postaci numerów PESEL. Jednakże w razie zgłoszenia przez ubezpieczonych roszczeń o wykonanie świadczeń opisanych w § 4 lub 5 ubezpieczyciel pozyskuje także inne dane osobowe ubezpieczonych niezbędne do uzasadnienia ich roszczeń.
2. Obowiązki informacyjne wynikające z pozyskiwania danych osobowych ubezpieczonych ubezpieczyciel wykona przekazując ubezpieczonym za pośrednictwem ubezpieczającego stosowną informację na piśmie przed objęciem tych osób ochroną ubezpieczeniową.
3. Jednakże jeśli w razie zgłoszenia roszczeń o wykonanie świadczeń opisanych w § 4 lub 5 ubezpieczyciel będzie pozyskiwał od ubezpieczonego dane osobowe o stanie ich zdrowia, zwróci się do tych osób o wyrażenie zgody na ich przetwarzanie.
4. Nawijając kontakt z ubezpieczycielem, w tym poprzez centrum alarmowe, ubezpieczony obowiązany jest podać w celu identyfikacji swój numer PESEL.

5. Jeżeli ubezpieczony odmówi przekazania ubezpieczycielowi numeru PESEL w celu identyfikacji albo danych osobowych niezbędnych do uzasadnienia roszczeń ubezpieczonego, bądź odmówi zgody na przetwarzanie danych o jego stanie zdrowia, ubezpieczyciel nie spełni swych świadczeń.
6. Postanowienia 3 i 5 odpowiednio dotyczą pozyskiwania przez ubezpieczyciela od ubezpieczonego danych osobowych osób, które miałyby być objęte opieką organizowaną i finansowaną przez ubezpieczyciela.
7. Nawiązując kontakt z ubezpieczycielem, w tym poprzez centrum alarmowe, ubezpieczony obowiązany jest ponadto wyrazić zgodę na ujawnienie ubezpieczycielowi przez lekarzy i podmioty medyczne danych objętych tajemnicą zawodu lekarza dotyczących ubezpieczonego. Ze zgody tej ubezpieczyciel może korzystać wyłącznie w celu pozyskania ustalenia swej odpowiedzialności i jej rozmiarów. Jeżeli ubezpieczony odmówi udzielenia ubezpieczycielowi takiej zgody, ubezpieczyciel może nie spełnić swych świadczeń, jeśli uniemożliwi mu to ustalenie swej odpowiedzialności i jej ewentualnych rozmiarów.
8. Ponieważ w zakresie usług assistance ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za ich organizowanie i finansowanie, nie ponosi odpowiedzialności za przetwarzanie danych osobowych ubezpieczonych oraz osób potencjalnie niesamodzielnymi przez lekarzy, psychologów, informatyków, rehabilitantów, osób świadczących opiekę nad osobami potencjalnie niesamodzielnymi oraz osób świadczących pozostałe usługi, o których mowa w § 5, które to osoby przetwarzają dane osobowe ubezpieczonych oraz osób potencjalnie niesamodzielnymi we własnym imieniu.

### **Obowiązki stron umowy ubezpieczenia**

#### **§ 11**

1. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do terminowego spełnienia świadczenia oraz wykonywania z najwyższą starannością pozostałych obowiązków przewidzianych w umowie ubezpieczenia, OWU oraz w przepisach prawa.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania składki oraz wykonywania pozostałych obowiązków przewidzianych w umowie ubezpieczenia.

### **Reklamacje, skargi i zażalenia**

#### **§ 12**

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i uposażonemu przysługuje prawo składania reklamacji, a także wnoszenia skarg i zażaleń.

2. Reklamacja może zostać złożona ubezpieczycielowi w następujący sposób:
  - 1) ustnie – telefonicznie pod nr telefonu (22) 230 23 03 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu osobiście podczas wizyty u ubezpieczyciela;
  - 2) w postaci elektronicznej na adres email: [reklamacje@polskigaztuw.pl](mailto:reklamacje@polskigaztuw.pl);
  - 3) na piśmie - osobiście podczas wizyty u ubezpieczyciela, bądź przesyłką pocztową na adres Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Marcina Kasprzaka 25, 01-224 Warszawa, bądź też na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy, w tym ostatnim przypadku po wpisaniu adresu ubezpieczyciela do doręczeń elektronicznych do tej bazy.
3. W zależności od tego, czego dotyczy reklamacja, jest ona rozpatrywana przez dyrektora biura odpowiedzialnego za obszar objęty reklamacją albo przez członka Zarządu ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację na piśmie. Odpowiedź tę ubezpieczyciel może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek osoby składającej reklamację.
5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację i udzieli odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, ubezpieczyciel przekaze osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
  - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia;
  - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
  - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć sześćdziesięciu dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, a sprawa jest tej natury, że droga sądowa jest dopuszczalna, może ona wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi według właściwości określonej odrębnie.
8. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, a sprawa jest tej natury, że zgodnie z Regulaminem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego ten Sąd nie jest sądem niewłaściwym do jej rozstrzygnięcia, może ona wystąpić do tegoż Sądu (ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa, <https://www.knf.gov.pl>) o rozpoznanie sprawy w postępowaniu mediacyjnym lub arbitrażowym, przy czym takie uprawnienie przysługuje wyłącznie osobie fizycznej.
9. Skargi i zażalenia mogą być składane ubezpieczycielowi w dowolny sposób. Postanowienia ust. 3 – 8 stosuje się także do rozpatrywania skargi i zażaleń.



10. Jeżeli osoba składająca reklamację, z której wynika roszczenie, nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może również wystąpić o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, <https://www.rf.gov.pl>) przy czym takie uprawnienie przysługuje wyłącznie osobie fizycznej.
11. Spór między osobą fizyczną a ubezpieczycielem może być zakończony w postępowaniu przed Rzecznikiem Finansowym w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego.

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 13**

1. Ponieważ w zakresie usług assistance ubezpieczyciel odpowiada wyłącznie za ich organizowanie i finansowanie, nie ponosi odpowiedzialności za jakość porad udzielanych przez lekarzy, psychologów i informatyków, a także za jakość usług rehabilitantów, osób świadczących opiekę nad osobami potencjalnie niesamodzielnymi oraz osób świadczących pozostałe usługi, o których mowa w § 5.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego lub osoby uprawnionej, bądź też przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy osoby uprawnionej.
3. Prawem właściwym w stosunkach wynikających z umowy jest prawo polskie.
4. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa polskiego.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Niniejsze ogólne warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Polski Gaz Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z dnia 20 stycznia 2021 r. nr 1/2/2021, a następnie zmienione uchwałą z dnia 4 listopada 2021 r. nr 4/24/2021.
7. Niniejsze ogólne warunki wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podjęcia uchwały, o której mowa w ust. 5.