



PAŃSTWOWY ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ

DZIAŁ UBEZPIECZEŃ OSOBOWYCH

Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla szkół i zakładów opieki nad dzieckiem
(zatwierdzone decyzją Ministra Finansów z dnia 6 lipca 1953 r.)

Część I

Ubezpieczenie młodzieży szkolnej Cel i zakres ubezpieczenia

§ 1.

1. Celem ubezpieczenia jest zapewnienie pomocy materialnej w przypadku, gdy uczeń ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi w szkole lub poza szkołą, przy pracy społecznej, w czasie podróży bez względu na rodzaj środka komunikacji, przy uprawianiu sportów lub w życiu prywatnym. Ubezpieczenie nie rozciąga się na nieszczęśliwe wypadki podczas pozaszkolnej pracy zawodowej.
2. W wykonaniu tego zadania na mocy umowy ubezpieczenia, którą zawiera kierownictwo szkoły, Państwowy Zakład Ubezpieczeń (zwany dalej Zakładem) jest obowiązany w razie, gdy ubezpieczony uczeń uległ w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwemu wypadkowi, do następujących świadczeń:
 - a) gdy nieszczęśliwy wypadek spowodował śmierć poszkodowanego w ciągu roku od zajścia wypadku, Zakład wypłaca sumę ubezpieczenia zł 2.000.— wg przepisów § 4,
 - b) gdy nieszczęśliwy wypadek spowodował trwale inwalidztwo poszkodowanego, Zakład wypłaca przy procencie inwalidztwa mniejszym niż 35% jednorazową odprawę inwalidzką, a przy procencie inwalidztwa co najmniej 35% — rentę płatną kwartalnie wg przepisów § 5 ust. 1—5,
 - c) niezależnie od świadczenia podanego w pkt. b) Zakład pokrywa koszty protez i specjalnych środków ochronnych dla inwalidów do wysokości zł 5.000.— oraz koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości zł 5.000.— wg przepisów § 5 ust. 6 i 7,
 - d) Zakład zwraca koszty leczenia poszkodowanego do wysokości zł 3.000.— za każdy wypadek wg przepisów § 6.
3. Ubezpieczającym jest organ kierowniczy szkoły. Ubezpieczeni mogą być uczniowie szkół podstawowych, ogólnokształcących i zawodowych oraz słuchacze szkół wyższych z wyłączeniem uczestników szkolenia zaocznego.

Pojęcie nieszczęśliwego wypadku

§ 2.

1. Za nieszczęśliwy wypadek, nazwany dalej wypadkiem, uważa się w rozumieniu niniejszych warunków każde działające z zewnątrz w sposób nagły na ciało ubezpieczonego zdarzenie tego rodzaju, że w bezpośrednim jego następstwie ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia zdrowia lub zmarł.
2. Za wypadek uważa się także: utonięcie, oparzenie, nagłe ciężkie odmrożenie, nagłe porażenie słoneczne, porażenie od piorunu lub prądu elektrycznego, nagłe działanie czadu lub innego gazu, nagłe zatrucie szkodliwymi produktami lub substancjami, ukąszenie przez zwierzęta lub żmije, ukłucie przez pszczoły lub osy, zakażenie krwi lub ran, powstałe wskutek przedostania się zarazku do ciała w następstwie skażenia w wypadku, jak również zwichnięcie, naderwanie lub przerwanie mięśni albo ścięgien oraz rupturę, spowodowane nie tylko zdarzeniem, określonym w ust. 1 (np. uderzeniem, upadkiem, potknięciem, poślizgnięciem), lecz także nagłym wysiłkiem fizycznym.
3. Nie uważa się za wypadek:
 - a) wszelkich chorób i stanów chorobowych nawet takich, które występują lub działają nagle (np. choroby epidemiczne, infekcyjne, zaziębienia, zapalenie płuc, krwawienie organów wewnętrznych, zakłócenie ciąży i porodu oraz wszelkiego rodzaju udary jak zawał lub atak serca, wylew krwi do mózgu),
 - b) zatruc z wyjątkiem wymienionych w ust. 2,
 - c) uszkodzeń zdrowia, spowodowanych leczeniem i operacjami, a także przy małych zabiegach operacyjnych bez względu na to, przez kogo były wykonane.
4. Jeżeli jednak ustalono, że ubezpieczony w bezpośrednim następstwie wypadku zachorował lub został poddany operacji albo zabiegowi, o których jest mowa w ust. 3, to skutki takiej choroby, operacji lub zabiegu traktuje się jako następstwa wypadku.

Ograniczenie odpowiedzialności Zakładu

§ 3.

1. Z odpowiedzialności są wyłączone wypadki spowodowane działaniami wojennymi oraz w czasie pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej z tym, że są objęte ubezpieczeniem wypadki podczas przeszkolenia wojskowego w ramach studium wojskowego dla słuchaczy szkół wyższych.

2. Z odpowiedzialności Zakładu wyłączone są także wypadki, przy których udowodniono, że przyczyną wypadku było:

- a) popełnienie przez ubezpieczonego czynu przestępczego,
 - b) rozmyślne przekroczenie przez ubezpieczonego przepisów bezpieczeństwa wydanych przez władze z wyjątkiem, gdy chodzi o ratowanie życia ludzkiego lub mienia,
 - c) kierowanie przez ubezpieczonego pojazdem mechanicznym bez właściwego prawa jazdy,
 - d) stan nietrzeźwości (pijaństwo) ubezpieczonego albo bójka, z wyjątkiem, gdy ubezpieczony działał w obronie koniecznej,
 - e) zaburzenie umysłowe lub paraliż ubezpieczonego, chyba że te stany chorobowe zostały wywołane wypadkiem zaszłym w czasie trwania ubezpieczenia.
3. W następujących przypadkach odpowiedzialność Zakładu jest ograniczona:
 - a) jeśli ubezpieczony przed lub po wypadku cierpiał na chorobę, nie będącą w związku przyczynowym z wypadkiem, Zakład odpowiada tylko za te następstwa wypadku, które miałyby miejsce bez wpływu tej choroby,
 - b) w przypadku zaburzeń psychicznych, powstałych wskutek wypadku, Zakład przynajmniej świadczenia tylko wówczas, jeśli zaburzenia te polegają na organicznym zachorzeniu systemu nerwowego lub nowopowstałej epilepsji,
 - c) jeśli wskutek wypadku powstanie przepuklina, odpowiedzialność Zakładu ogranicza się do pokrycia kosztów operacji w ramach świadczeń z tytułu kosztów leczenia lub dostarczenia pasa przepuklinowego.

Świadczenie w razie śmierci wskutek wypadku

§ 4.

1. Jeżeli ubezpieczony wskutek doznanego wypadku zmarł w ciągu roku od daty zajścia wypadku, Zakład wypłaca sumę ubezpieczenia zł 2.000.— Z sumy tej w przypadku, gdy Zakład w myśl § 5 wypłacił poprzednie świadczenie za trwale inwalidztwo wypadkowe, potrąca się to świadczenie w granicach sumy zł 2.000.—
2. Uposażonym, tj. osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku, jest osoba, należąca do jednej z istniejących w dniu śmierci ubezpieczonego grup członków jego rodziny według następującego pierwszeństwa: 1) małżonek, 2) dzieci, 3) rodzice ubezpieczonego. Za dzieci uważa się również dzieci przysposobione, pasierbowi i dzieci obce, będące na wychowaniu u ubezpieczonego. (Przykłady: Jeśli pozostał małżonek, tj. mąż lub żona osoby zmarłej, to on otrzymuje świadczenie, chociażby były dzieci lub inni członkowie rodziny. Jeśli nie było małżonka, lecz dwoje dzieci i rodzice zmarłego, to świadczenie otrzymują jedynie dzieci (każde po 1/2), a rodzice nie otrzymują żadnego świadczenia.)
3. W razie braku wskazanych w ust. 2 członków rodziny (zmarłego) Zakład zwraca w granicach świadczenia ustalonego wg ust. 1 udowodnione koszty pogrzebu osobie, która te koszty pokryła.
4. Jeżeli wypłata świadczenia została dokonana do rąk osoby, która według posiadanych przez Zakład dowodów ma uprawnienia do otrzymania świadczenia, to Zakład jest wolny od obowiązku dalszych świadczeń, gdyby po dokonaniu wypłaty ujawniło się, że istniała inna osoba, posiadająca równorzędne lub większe uprawnienia do osoby, której wypłacono świadczenie.
5. Jeżeli uposażony rozmyślnie czynem bezprawnym spowodował wypadek, wywołujący śmierć ubezpieczonego, to traci prawo do otrzymania świadczenia.

Świadczenia w razie trwałego inwalidztwa wypadkowego

§ 5.

1. Jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku stał się trwale niezdolny do pracy całkowicie lub częściowo (trwale inwalidztwo) nie później niż w rok od daty zajścia wypadku, to Zakład wypłaca następujące świadczenia:
 - a) jednorazową odprawę inwalidzką, gdy procent inwalidztwa wynosi mniej niż 35%,
 - b) rentę płatną kwartalnie, gdy procent inwalidztwa wynosi co najmniej 35%.
- Wypłata przez Zakład jednorazowej odprawy inwalidzkiej zwalnia Zakład od wszelkich dalszych świadczeń rentowych za ten sam wypadek.

2. Wysokość świadczeń oblicza się według następującej tabeli:

procent trwałego inwalidztwa	wysokość jednorazowej odprawy inwalidzkiej
5% do 9%	zł 1.000.—
10% „ 11%	„ 1.500.—
15% „ 19%	„ 2.000.—
20% „ 24%	„ 2.500.—
25% „ 29%	„ 3.000.—
30% „ 34%	„ 3.500.—
	wysokość renty kwartalnej
35% do 44%	zł 360.—
45% „ 54%	„ 440.—
55% „ 64%	„ 520.—
65% „ 74%	„ 600.—
75% „ 84%	„ 700.—
85% „ 94%	„ 800.—
95% „ 100%	„ 900.—
inwalida bezradny lub umysłowo chory	„ 1.000.—

3. Ustalenie procentu trwałego inwalidztwa wypadkowego następuje na podstawie dostarczonych dowodów, o których jest mowa w § 12, oraz wyników badań lekarskich według zasad i norm, określonych w instrukcji Zakładu dla lekarzy orzekających w sprawie oceny skutków wypadków. Do czasu wydania tej instrukcji stosowane będą normy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dla oceny stopnia utraty zdolności do pracy wskutek wypadków. Jeżeli po wypadku nie można od razu ustalić procentu trwałego inwalidztwa, to procent tego inwalidztwa powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia. W razie dłuższego okresu leczenia procent trwałego inwalidztwa wypadkowego ustala się w rok po wypadku na podstawie badania lekarskiego, dokonanego w 12-tym miesiącu od daty zajścia wypadku.

4. Renta należy się poszkodowanemu dożywotnio za czas od końca miesiąca, w którym zaszedł wypadek, chyba że Zakład w pisemnej decyzji o przyznaniu renty zastrzegł jej rewizję, jeżeli z orzeczenia lekarskiego, będącego podstawą przyznania renty, wynika, że w procentcie trwałego inwalidztwa wypadkowego może zajść zmiana (polepszenia lub pogorszenia). W razie zastrzeżenia przez Zakład rewizji renty mają zastosowanie przepisy następujące:

a) Zakład może wyznaczyć jedno lub najwyżej dwa lekarskie badania rewizyjne ubezpieczonego.
b) Pierwsze lekarskie badanie rewizyjne zostaje wyznaczone w ostatnim kwartale przed upływem drugiego roku wypłaty renty. Jeżeli badanie to wykaze trwałe inwalidztwo co najmniej 35%-owe, Zakład wypłaca odpowiednio do ustalonego procentu trwałego inwalidztwa rentę za trzeci rok wg tabeli w ust. 2 i nadal dożywotnio, gdy Zakład nie zastrzegł drugiego badania rewizyjnego.

Jeśli zaś procent inwalidztwa ustalony w pierwszym badaniu rewizyjnym jest niższy od 35%, Zakład wypłaca jednorazową odprawę inwalidzką wg wspomnianej tabeli.

c) Drugie (ostatnie) lekarskie badanie rewizyjne ubezpieczonego Zakład może wyznaczyć w ostatnim kwartale przed upływem trzeciego roku wypłaty renty. Jeżeli badanie to wykaze inwalidztwo co najmniej 35%-owe, Zakład wypłaca odpowiednio do ustalonego procentu trwałego inwalidztwa rentę dożywotnio za czwarty rok i dalej wg tabeli w ust. 2. Gdy zaś procent trwałego inwalidztwa ustalony w drugim badaniu rewizyjnym jest niższy od 35%, Zakład wypłaca jednorazową odprawę inwalidzką wg wspomnianej tabeli.

d) Jeżeli ubezpieczony nie podda się lekarskiemu badaniu rewizyjnemu w terminie wyznaczonym przez Zakład z podaniem skutków prawnych niestawienia się na badanie, to Zakład jest wolny od obowiązku płacenia jakichkolwiek bądź dalszych świadczeń (jednorazowej odprawy, renty oraz świadczeń wymienionych w ust. 6—9), chyba że ubezpieczony udowodni, że nie mógł poddać się lekarskiemu badaniu rewizyjnemu w wyznaczonym terminie. W takim przypadku Zakład wyznacza dodatkowy termin badania.

5. Jeżeli ubezpieczony w jednym okresie ubezpieczenia uległ paru wypadkom, to procent trwałego inwalidztwa i odpowiednio do niego świadczenie ustala się za poszczególny wypadek, jednakże wysokość świadczeń za wszystkie wypadki nie może przekraczać maksymalnej kwoty świadczeń, określonej w tabeli w ust. 2 dla 100% inwalidztwa. (Przykłady: I. Ubezpieczony uległ wypadkowi, którego następstwem było trwałe inwalidztwo w 15%. Zakład wypłacił jednorazową odprawę inwalidzką w wy-

sokości zł 2.000.—. W tym samym okresie ubezpieczenia poszkodowany uległ drugiemu wypadkowi, za który inwalidztwo ustalono w wysokości 50%. Należy się za drugi wypadek renta kwartalna po zł 440.—. II. Ubezpieczony uległ wypadkowi, stając się inwalidą w 30%, Zakład wypłacił jednorazową odprawę zł 3.500.—. Ubezpieczony uległ następnie drugiemu ciężkiemu wypadkowi, który spowodował pełne inwalidztwo (100%). Należy się za ten drugi wypadek renta w wysokości zł 900.— kwartalnie. Ponieważ z tytułu pierwszego wypadku Zakład wypłacił już zł 3.500.—, przeto świadczenie to zalicza się na rentę, tak że renta może być płacona dopiero za 4-ty kwartał w wysokości $(900 \times 4) - 3.500 = 100$, a następnie po zł 900.—. III. Ubezpieczony uległ wypadkowi, którego następstwem było inwalidztwo 60%, Zakład przyznał rentę kwartalną zł 520.—. W tym samym okresie ubezpieczenia uległ ubezpieczony drugiemu wypadkowi, który wywołał inwalidztwo w 70%. Ogólna suma renty za obydwa wypadki wynosi zł 900.— kwartalnie lub zł 1.000.— jeśli poszkodowany stał się inwalidą bezradnym).

6. Niezależnie od świadczenia, wymienionego w ust. 1—5, Zakład pokrywa wydatki, mające na celu przywrócenie osobie poszkodowanej zdolności do pracy zarobkowej, a mianowicie:

a) koszty jednorazowego nabycia protez lub specjalnych środków ochronnych (bandaży, okularów itp.), zaleconych przez lekarza, do wysokości zł 5.000.—,
b) koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów do zł 5.000.— w razie, gdy w związku z trwałym inwalidztwem wypadkowym ubezpieczony został skierowany do państwowego ośrodka przeszkolenia zawodowego.

7. Do świadczeń dodatkowych wymienionych w ust. 6 ubezpieczony jest uprawniony tylko wtedy, gdy nie mógł ich uzyskać z ustawowego ubezpieczenia społecznego oraz gdy zalecenie środków lub skierowanie na przeszkolenie nastąpiło nie później niż:

a) do czasu osiągnięcia wieku lat 22, jeśli chodzi o poszkodowanego małoletniego,
b) do upływu pięciu lat od daty zajścia wypadku, jeśli chodzi o inne osoby.

8. Uprawnionym do otrzymania świadczenia w razie trwałego inwalidztwa wypadkowego jest ubezpieczony, który uległ wypadkowi. Co do poszkodowanych małoletnich mają zastosowanie przepisy, podane w § 7 ust. 3.

9. W razie śmierci ubezpieczonego otrzymującego z Zakładu rentę, Zakład wypłaca osobie uposażonej według § 4 ust. 2—5 odprawę pośmiertną w sumie zł 1.000.—.

10. Jeżeli ubezpieczony zmarł, nie otrzymawszy przyznanego mu i płatnego przed jego śmiercią świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa wypadkowego (ust. 1—5), a świadczenie w razie śmierci przewidziane w § 4 ust. 1 nie należy się, to należne ubezpieczonemu, a nie podjęte do dnia jego śmierci świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa wypadkowego otrzymuje osoba uposażona w razie śmierci (§ 4 ust. 2—5).

Koszty leczenia

§ 6.

1. Zakład zwraca udowodnione koszty leczenia następstw wypadków do wysokości zł 3.000.— za każdy wypadek zaszyły w czasie trwania ubezpieczenia, jeśli te koszty powstały nie później niż w ciągu roku od daty zajścia wypadku i dotyczą: niezbędnego przewozu ubezpieczonego do lecznicy, do lekarza lub zakładu leczniczego, opieki lekarskiej, lekarstw, opatrunków i innych środków leczniczych, pobytu w zakładzie leczniczym, rentgenogramu, analiz lekarskich, operacji i zabiegów lekarskich. Koszty opieki pozaszpitalnej nad chorym Zakład pokrywa tylko wówczas, gdy lekarz zarządził powołanie pielęgniarki zawodowej. Nie są objęte ubezpieczeniem wydatki na intensywniejsze lub specjalne odżywianie chorego, chociażby było zalecone przez lekarza.

2. Ubezpieczonemu, który podlega ubezpieczeniu społecznemu, Zakład zwraca tylko udowodnione koszty niepokryte z tytułu ubezpieczenia społecznego.

3. Zwrot kosztów leczenia ubezpieczonego otrzymuje osoba, która te koszty pokryła.

Wypłata świadczeń

§ 7.

1. Wypłata świadczenia w razie śmierci (§ 4), jednorazowej odprawy inwalidzkiej (§ 5 ust. 1 pkt. a), świadczeń przewidzianych w § 5 ust. 6 i 9, kosztów leczenia (§ 6) oraz kosztów świadczeń lekarskich i przejazdów (§ 12 ust. 4) następuje w ciągu 14 dni po ustaleniu przez Zakład świadczenia i osoby uprawnionej do jego otrzymania oraz po dostarczeniu Zakładowi dowodów wymaganych do wypłaty (świadcstwo zgonu, rachunki dotyczące kosztów itp.).

2. Wypłata świadczeń rentowych, ustalonych w myśl § 5, odbywa się według zasad następujących:

- a) pierwszą ratę renty Zakład wypłaca 14-go dnia po ustaleniu renty, obliczając wysokość renty za czas od pierwszego dnia miesiąca następnego po tym miesiącu, w którym zaszedł wypadek, do końca kwartału kalendarzowego, w którym następuje wypłata. Za okres mniejszy niż kwartał wypłaca się odpowiednią część renty kwartalnej. (Przykład. Wypadek nastąpił w dniu 12 lutego, trwałe inwalidztwo ustalono 20 lipca w 40%, wobec czego renta kwartalna wynosi zł 360.—. Pierwsza renta (rata) płatna 4 sierpnia wynosi za czas od 1. 3. do 30. 9. czyli za 7 miesięcy: $360 : 3 \times 7 = 840$ zł),
 - b) następne raty są płatne pierwszego dnia kwartału kalendarzowego, za który się należą,
 - c) w razie rewizji renty mają zastosowanie przepisy § 5 ust. 4,
 - d) przy wypłacie renty Zakład może żądać dowodu, stwierdzającego, że rentobiorca żyje.
3. Świadczenia w razie trwałego inwalidztwa wypadkowego należą się ubezpieczonemu. Dla osób w wieku poniżej lat 15 i dla osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych wypłaca się świadczenia do rąk prawnej opiekuna tych osób.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

Początek odpowiedzialności Zakładu

§ 8.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku, podpisanego przez ubezpieczającego. Ubezpieczającym jest organ kierowniczy danej szkoły. Za datę zgłoszenia wniosku uważa się datę wpływu wniosku do właściwej terenowej placówki Zakładu, datę nadania listu poleconego do Zakładu z wnioskiem o ubezpieczenie lub datę wręczenia wniosku osobie upoważnionej przez Zakład do odbioru wniosków.
2. Są dwie formy ubezpieczenia:
 - a) bezimienna tj. bez podawania nazwisk osób ubezpieczonych, mająca zastosowanie tylko wówczas, gdy wszyscy uczniowie są zgłoszeni do ubezpieczenia,
 - b) imienna tj. z podaniem nazwisk i imion osób ubezpieczonych.
3. Wniosek o ubezpieczenie musi zawierać:
 - a) nazwę i adres szkoły z oznaczeniem rodzaju szkolenia,
 - b) urzędowy początek i koniec bieżącego okresu szkolnego,
 - c) ogólną liczbę uczniów zapisanych do szkoły,
 - d) formę ubezpieczenia (bezimienna, czy imienna).Przy formie imiennej ubezpieczający jest obowiązany dołączyć do wniosku w dwóch egzemplarzach wykaz ubezpieczonych uczniów z podaniem ich nazwisk, imion i dat urodzenia.
4. Na dowód zawarcia ubezpieczenia Zakład wystawia polisę. Przy ubezpieczeniu w formie imiennej Zakład dołącza do polisy poświadczony wykaz ubezpieczonych.
5. Początek odpowiedzialności Zakładu regulują przepisy następujące:
 - a) jeżeli szkoła złożyła Zakładowi wniosek o ubezpieczenie wszystkich uczniów (forma bezimienna) w ciągu 45 dni od początku roku szkolnego, to odpowiedzialność Zakładu rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia urzędowego początku roku szkolnego pod warunkiem, że ubezpieczający przekaze Zakładowi składkę w terminie określonym w § 11 ust. 3,
 - b) w stosunku do szkół, które złożyły wniosek o ubezpieczenie wszystkich uczniów po upływie 45 dni od początku roku szkolnego lub złożyły wniosek o ubezpieczenie w formie imiennej, odpowiedzialność Zakładu rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia następnego po złożeniu Zakładowi wniosku o ubezpieczenie pod warunkiem, że ubezpieczający przekaze Zakładowi składkę w terminie określonym w § 11 ust. 3.
6. Ubezpieczenie bezimienne obejmuje każdorazowo aktualny stan liczbowy uczniów w danym roku szkolnym. Jeżeli szkoła w ciągu danego roku szkolnego zwiększy etat uczniów przez zwiększenie liczby klas, oddziałów lub utworzenie nowych wydziałów, odpowiedzialność Zakładu w stosunku do rozszerzonego stanu liczbowego uczniów rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia następnego od daty zgłoszenia Zakładowi dodatkowego stanu liczbowego uczniów pod warunkiem zapłacenia dodatkowej składki w terminie określonym w § 11 ust. 3.
7. Przy formie imiennej ubezpieczenie obejmuje tylko uczniów, którzy są podani w wykazie przesłanym Zakładowi przy wniosku. W stosunku do osób zgłoszonych Zakładowi dodatkowo ma zastosowanie przepis podany w ust. 6.

Czas trwania ubezpieczenia

§ 9.

1. Ubezpieczenie zawiera się na czas trwania jednego roku szkolnego z włączeniem normalnego dla danej szkoły okresu wakacyjnego po zakończeniu zajęć szkolnych i podczas przerw świątecznych.
2. Uczeń szkoły z rocznym okresem nauki jest objęty ubezpieczeniem do upływu okresu ubezpieczenia także w razie przejścia w okresie szkolnym do innej szkoły. Jednakże w razie zawarcia ubezpieczenia przez szkołę, do której uczeń przeszedł, ubezpieczenie obowiązuje tylko do wysokości sum, podanych w niniejszych warunkach, a nie do wysokości sum podwójnych. Absolwenci szkoły są ubezpieczeni również w okresie wakacyjnym po opuszczeniu szkoły, nie dłużej jednak niż do dnia rozpoczęcia pracy zarobkowej w zawodzie lub do dnia wcielenia do wojska, albo do dnia, w którym rozpoczyna się dla danego absolwenta nowy okres nauki w innej szkole, do której został przyjęty, — w każdym bądź razie najdłużej 4 miesiące, licząc od zakończenia roku szkolnego. Jeżeli uczeń w okresie nauki występuje ze szkoły nie z powodu wypadku i nie przechodzi do innej szkoły, ubezpieczenie jego gaśnie.

Zawiadomienia i oświadczenia

§ 10.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia mają być składane, muszą być dokonane listem poleconym skierowanym do Zakładu.
2. Termin, przewidziany w umowie dla złożenia zawiadomienia lub oświadczenia, jest zachowany, gdy zawiadomienie lub oświadczenie wysłano przed upływem terminu. Uchybienie terminu zawiadomienia nie pociąga za sobą ujemnych skutków dla ubezpieczonego, jeżeli Zakład otrzymał już w tym terminie z innych źródeł wiadomość o okoliczności, o której ubezpieczający (ubezpieczony) powinien był zawiadomić Zakład.
3. Jeżeli ubezpieczający, ubezpieczony lub uposażony, któremu Zakład ma złożyć oświadczenie lub zawiadomienie, zmienił miejsce zamieszkania (siedzibę) i nie zawiadomił o tym Zakładu, może on skierować zawiadomienie lub oświadczenie listem poleconym do ostatniego znanego mu miejsca zamieszkania (siedziby) tej osoby. Zawiadomienie lub oświadczenie wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doszło do adresata, gdyby nie zmienił zamieszkania.
4. Ubezpieczający ma prawo żądać, aby na jego koszt Zakład wydał mu odpis zawiadomienia lub oświadczeń, jakie złożono Zakładowi w imieniu ubezpieczającego.
5. Agencji nie są upoważnieni do przyjmowania zawiadomień i oświadczeń, o których jest wyżej mowa.

Składka ubezpieczeniowa

§ 11.

1. Składkę oblicza się według taryfy Zakładu od liczby uczniów zgłoszonych do ubezpieczenia.
2. Przy ubezpieczeniu wszystkich uczniów danej szkoły (forma bezimienna) Zakład wymierza składkę od 90% liczby uczniów zgłoszonych do ubezpieczenia z zaokrągleniem w górę do liczb całkowitych, czyli że ubezpieczający może zwolnić od zapłaty składki 10% liczby uczniów.
3. Składka za ubezpieczenie jest płatna najpóźniej w ciągu 14 dni od daty doręczenia ubezpieczającemu polisy lub wezwania o zapłatę składki. Składka za uczniów zgłoszonych dodatkowo jest płatna najpóźniej w ciągu 14 dni od daty doręczenia przez Zakład ubezpieczającemu obrachunku.
4. Ubezpieczający jest obowiązany przekazać Zakładowi składkę w terminie jednorazowo za wszystkie osoby zgłoszone do ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczający nie przekazał Zakładowi składki zgodnie z przepisami ust. 3 i 4, to odpowiedzialność Zakładu zawieszają się do czasu zapłacenia składki, przy czym Zakład nie odpowiada również za wypadki, jakie wydarzyły się przed upływem terminu zapłaty składki.

Obowiązki po zajściu wypadku

§ 12.

1. W razie zajścia wypadku ubezpieczający, albo ubezpieczony (względnie jego opieką domową), lub uposażony są obowiązani:
 - a) zawiadomić Zakład o wypadku niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości, najpóźniej jednak w ciągu 14-tu dni, podając okoliczności, w jakich wypadek nastąpił,
 - b) starać się, w miarę możliwości, o złagodzenie skutków wypadku, a przede wszystkim zapewnić ubezpieczonemu niezwłocznie, a najpóźniej 4-go dnia od daty zajścia wypadku, pomoc lekarską, następnie zaś należytą opiekę lekarską aż do ukończenia leczenia, przy nieznacznym obrażeniu cielesnym wspo-

- mniany termin 4-dniowy nie obowiązuje, jednakże w razie pogorszenia się stanu zdrowia należy niezwłocznie oddać ubezpieczonego pod opiekę lekarską,
- c) udzielić Zakładowi na żądanie wszelkich informacji, potrzebnych do ustalenia okoliczności wypadku i wysokości świadczenia,
 - d) zezwolić Zakładowi na zasięgnięcie informacji, potrzebnych do ustalenia wypadku i jego następstw, upoważnić lekarzy, w których opiece poszkodowany pozostaje po wypadku lub przed tym pozostawał, do udzielenia Zakładowi wyjaśnień o stanie zdrowia ubezpieczonego oraz zgodzić się na badanie ubezpieczonego przez wyznaczonego lekarza lub na kliniczną obserwację.
2. Ubezpieczony jest obowiązany:
- a) niezwłocznie, a najpóźniej 4-go dnia po zajściu wypadku, poddać się opiece lekarskiej i przestrzegać jej zarządzenia (ust. 1 pkt. b),
 - b) poddać się badaniu lekarzy wyznaczonych przez Zakład i zarządzanej obserwacji klinicznej.
3. Zakład może odmówić świadczenia lub zmniejszyć je, jeżeli niezachowanie obowiązków wymienionych w ust. 1 i 2 nastąpiło z winy ubezpieczonego lub uposażonego i miało istotny wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokość świadczenia. W przypadkach przekroczenia o kilka dni terminów przewidzianych w ust. 1 i 2 dla wezwania lekarza i oddania ubezpieczonego pod opiekę lekarską Zakład brać będzie pod uwagę realne przeszkody w wykonaniu obowiązków (np. duża odległość do lekarza).
4. Zakład zwraca niezbędne wydatki poniesione na przejazd do lekarzy lub na obserwację kliniczną (ust. 2) oraz koszty świadczeń lekarskich, wymaganych przez Zakład dla uzasadnienia roszczeń z ubezpieczenia.
5. Na żądanie Zakład udzieli ubezpieczającemu lub uposażonemu pomocy przy wypełnieniu formularza zgłoszenia wypadku.

Komisja Lekarska § 13.

1. Spory, dotyczące związku przyczynowego między uszkodzeniem zdrowia lub śmiercią osoby ubezpieczonej a wypadkiem, oraz procentu niezdolności do pracy i czasu trwania tej niezdolności, rozstrzyga Komisja Lekarska.
 2. Komisja Lekarska, powoływana na wniosek jednej lub obu stron do rozstrzygnięcia spornych spraw wskazanych w ust. 1, składa się z dwóch lekarzy, z których jednego wyznacza Zakład, drugiego zaś ubezpieczający.
 3. Po ustaleniu składu Komisji Zakład przesyła jej akta danej sprawy. Strony powinny być zawiadomione o terminie i miejscu posiedzenia Komisji co najmniej na tydzień naprzód.
 4. Komisja wydaje orzeczenie na podstawie istniejącego materiału dowodowego i ma prawo zwracać się do każdej ze stron o dodatkowe wyjaśnienie. Na żądanie stron lub Komisji ubezpieczony powinien być zbadany i wysłuchany w czasie posiedzenia Komisji. Jeżeli ubezpieczony, zawiadomiony uprzednio, nie przybędzie do zbadania, Komisja może bądź sama przesłuchać i zbadać ubezpieczonego na miejscu jego zamieszkania, bądź zlecić dokonanie tego delegowanemu lekarzowi.
 5. Jeżeli między wybranymi członkami Komisji nie dojdzie do porozumienia i uzgodnienia stanowiska, kwestie nieuzgodnione rozstrzyga lekarz zaufania Zarządu Centralnego PZU.
 6. Orzeczenie Komisji powinno być podane na piśmie do wiadomości osoby zainteresowanej w ciągu 14 dni od daty doręczenia orzeczenia Zakładowi. Koszty Komisji pokrywa Zakład. Jeżeli jednak decyzja Komisji zapadnie na niekorzyść ubezpieczonego (uposażonego), jest on obowiązany zwrócić Zakładowi te koszty, najwyżej jednak do sumy zł 200.—.
- W braku zgody jednej ze stron na orzeczenie Komisji Lekarskiej roszczenia można dochodzić na drodze sądowej.

Ograniczenie terminu do wniesienia skargi

§ 14.

Decyzja Zakładu w sprawie zgłoszonego roszczenia jest ostateczna, jeżeli zainteresowany, tj. ubezpieczający, ubezpieczony lub uposażony w ciągu sześciu miesięcy nie zażądał powołania Komisji Lekarskiej, albo nie zaskarżył decyzji Zakładu do komisji arbitrażowej lub sądownie (§ 15). Termin sześciu miesięcy rozpoczyna się z upływem dnia, w którym Zakład listem poleconym zawiadomił osobę zainteresowaną o odrzuceniu roszczenia, podając jednocześnie do jej wiadomości wspomniany termin i skutki prawne połączone z jego upływem.

Właściwości sądu (komisji arbitrażowej)

§ 15.

Spory, wynikające z umowy ubezpieczenia, podlegają rozpoznaniu sądów lub komisji arbitrażowej, właściwych dla miejsca wystawienia polisy.

Część II

Ubezpieczenie dzieci w przedszkolach, żłóbkach, prewentoriach i innych zakładach opieki nad dzieckiem

§ 16.

1. Dzieci w przedszkolach, żłóbkach, prewentoriach i innych zakładach opieki nad dzieckiem ubezpiecza się z odpowiednim zastosowaniem przepisów ubezpieczenia młodzieży szkolnej (część I §§ 1—15) z następującymi zmianami i uzupełnieniami:
 - a) Zakład nie odpowiada za wypadki, jakim ulegną dzieci w wieku poniżej jednego roku,
 - b) ubezpieczenie obejmuje wypadki, jakie wydarzą się w ubezpieczającym zakładzie opieki nad dzieckiem lub poza tym zakładem, zaś co do dzieci w tak zwanych przechowalniach dla dzieci ubezpieczenie obejmuje tylko wypadki, jakie wydarzyły się podczas przebywania dziecka w przechowalni,
 - c) ubezpieczenie może być zawarte tylko w formie bezimiennnej tj. z warunkiem, że wszystkie dzieci będą zgłoszone,
 - d) ubezpieczenie zawiera się na okres jednego roku, przy czym odpowiedzialność Zakładu rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia następnego po złożeniu wniosku o ubezpieczenie pod warunkiem, że składka będzie zapłacona w terminie określonym w § 11,
 - e) podstawą wymiaru składki jest w stos. do przedszkoli liczba zapisanych dzieci, a w innych zakładach opieki nad dzieckiem maksymalna liczba miejsc dla dzieci.
2. Według niniejszych warunków mogą być również ubezpieczeni uczestnicy domów harcerza oraz młodzieżowych domów i pałaców kultury itp. z ograniczeniem odpowiedzialności do wypadków, jakie mogą wydarzyć się na terenie tego rodzaju domów lub zakładów, jak również młodzież i dzieci podczas pobytu na wczasach (koloniach letnich itp.), nieubezpieczone w szkole, z odpowiedzialnością za wypadki podczas pobytu na wczasach oraz podczas podróży z domu na wczasy i w drodze powrotnej.

Część III

Ubezpieczenie słuchaczy kursów dla dorosłych oraz wykładowców, wychowawców i personelu administracyjnego wszelkiego rodzaju szkół i zakładów opieki nad dzieckiem

§ 17.

1. Słuchacze kursów dla dorosłych (np. kursów księgowości, planowania, stenografii, pisania na maszynie), jak również wykładowcy, wychowawcy, przedszkolanki oraz personel administracyjny wszelkiego rodzaju szkół i zakładów opieki nad dzieckiem mogą być ubezpieczeni z odpowiednim zastosowaniem przepisów ubezpieczenia młodzieży szkolnej (część I §§ 1—15) z następującymi zmianami i uzupełnieniami:
 - a) ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leczenia wobec czego nie mają zastosowania przepisy § 1 ust. 2 pkt. d) i § 6,
 - b) jednorazowe świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek wypadku (§ 4) wynosi zł 10.000.—,
 - c) zamiast świadczeń wymienionych w § 5 ust. 1—5 Zakład wypłaca ubezpieczonemu przy całkowitym (100%) trwałym inwalidztwie wypadkowym sumę zł 20.000.— a przy trwałym inwalidztwie częściowym taką część tej sumy, jaką część zdolności do pracy ubezpieczony trwale utracił wskutek wypadku,
 - d) ubezpieczenie wykładowców, wychowawców, przedszkolank i personelu administracyjnego szkół i zakładów opieki nad dzieckiem może być zawarte tylko w razie ubezpieczenia uczniów albo dzieci danej szkoły lub zakładu, przy czym we wniosku o ubezpieczenie powinien ubezpieczający podać co do tych osób w osobnej pozycji dane wymienione w § 8 ust. 3 pkt. c) i d),
 - e) do obliczenia świadczenia z tytułu wypadku, któremu ulegnie ubezpieczony wykładowca kilku szkół, przyjmuje się łączną sumę ubezpieczenia z umów, według których jest on ubezpieczony,
 - f) przepis § 11 ust. 2 nie ma zastosowania,
 - g) ubezpieczenie słuchaczy i wykładowców kursów dla dorosłych obejmuje tylko wypadki, jakie mogą wydarzyć się podczas zajęć na danym kursie, ubezpieczenie to zawiera się dla każdego turnusu (kursu) tylko na okres trwania nauki, przy czym odpowiedzialność Zakładu rozpoczyna się o godzinie 0 (zerowej) dnia następnego po złożeniu wniosku o ubezpieczenie pod warunkiem, że składka będzie zapłacona w terminie określonym w § 11.
2. Niniejsze warunki nie mają zastosowania do ubezpieczenia uczestników kursów wewnętrznego szkolenia zawodowego, organizowanych przez poszczególne zakłady pracy. Ubezpieczenie to może być zawarte tylko według warunków i taryf, obowiązujących przy ubezpieczeniu pracowników danego zakładu pracy.