

§ 1. 1. Zarządza się zaniechanie ustalania i poboru zobowiązań podatkowych z tytułu podatku obrotowego pobieranego na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 grudnia 1989 r. w sprawie opodatkowania podatkiem obrotowym niektórych towarów sprowadzonych przez osoby fizyczne lub nadesłanych tym osobom z zagranicy (Dz. U. Nr 75, poz. 450) od samochodów osobowych ogólnego przeznaczenia:

- 1) sprowadzonych z zagranicy przez inwalidów lub ich opiekunów albo też nadesłanych z zagranicy tym osobom, pod warunkiem że osoby te nie sprowadziły lub nie otrzymały z zagranicy samochodu osobowego w ciągu ostatnich 36 miesięcy,
- 2) sprowadzonych z zagranicy przez osoby fizyczne lub nadesłanych tym osobom, które zawarły umowy z kontrahentami zagranicznymi i wpłaciły na ich konto całą należność lub zaliczkę na zakup samochodu do dnia 31 grudnia 1989 r.

2. Zaniechanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, dotyczy:

- 1) inwalidów I lub II grupy bez względu na rodzaj schorzeń albo III grupy z powodu schorzeń narządów ruchu,

2) opiekunów inwalidów, o których mowa w pkt 1, w razie gdy uzyskali w Głównym Urzędzie Cei całkowite lub częściowe zwolnienie samochodu od cła przywozowego.

3. Zaniechanie ustalania zobowiązań podatkowych następuje po przedłożeniu urzędowi celnemu:

- 1) przez jedną z osób wymienionych w ust. 2 pisemnego oświadczenia o niesprowadzeniu lub nieotrzymaniu z zagranicy innego samochodu osobowego w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, licząc od dnia zgłoszenia do odprawy celnej,
- 2) orzeczenia komisji do spraw inwalidztwa i zatrudnienia albo innego dokumentu o uznaniu za inwalidę, a w przypadku inwalidów III grupy — takiego samego dokumentu z adnotacją, iż inwalidztwo jest spowodowane schorzeniami narządów ruchu, lub pisemnej decyzji Głównego Urzędu Cei o przyznaniu ulgi celnej (ust. 2),
- 3) dowodu zakupu samochodu lub dokumentu potwierdzającego przekazanie całej należności lub zaliczki na rzecz dostawcy zagranicznego (ust. 1 pkt 2).

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia z mocą od dnia 1 stycznia 1990 r.

Minister Finansów: w z. *M. Dąbrowski*

52

ZARZĄDZENIE MINISTRA FINANSÓW

z dnia 19 lutego 1990 r.

w sprawie częściowego zaniechania ustalania i poboru podatku wyrównawczego.

Na podstawie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 grudnia 1980 r. o zobowiązaniach podatkowych (Dz. U. Nr 27, poz. 111, z 1982 r. Nr 45, poz. 289, z 1984 r. Nr 52, poz. 268, z 1985 r. Nr 12, poz. 50, z 1988 r. Nr 41, poz. 325 oraz z 1989 r. Nr 4, poz. 23, Nr 33, poz. 176, Nr 35, poz. 192 i Nr 74, poz. 443) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Zarządza się częściowe zaniechanie ustalania i poboru podatku wyrównawczego od dochodów osiągniętych w 1990 r. przez podatników mających na utrzymaniu członków najbliższej rodziny w rozumieniu art. 10 ust. 1, 5 i 6 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku wyrównawczym (Dz. U. Nr 42, poz. 188, z 1984 r. Nr 52, poz. 268, z 1988 r. Nr 34, poz. 254 i z 1989 r. Nr 35, poz. 192) przez obniżenie należnego podatku o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy kwotą 270.000 zł na każdego pozostającego na

utrzymaniu podatnika członka rodziny a kwotą ulgi w podatku przysługującej na podstawie art. 10 ust. 1 i 2 powołanej ustawy.

2. Jeżeli oboje małżonkowie osiągają dochody podlegające opodatkowaniu podatkiem wyrównawczym, zaniechanie ustalania i poboru tego podatku następuje tylko w odniesieniu do jednego z nich, stosownie do ich oświadczenia.

3. Jeżeli osoby, o których mowa w ust. 1, pozostawały na utrzymaniu podatnika nie przez cały rok podatkowy, kwota wymieniona w ust. 1 ulega obniżeniu proporcjonalnie do liczby miesięcy, w których osoby te nie pozostawały na utrzymaniu podatnika.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Finansów: w z. *M. Dąbrowski*

53

OBWIESZCZENIE PREZESA PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

z dnia 17 stycznia 1990 r.

w sprawie ogłoszenia ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i zbioru taryf składek za to ubezpieczenie.

1. Na podstawie art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 20 września 1984 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych (Dz. U. Nr 45, poz. 242 i z 1989 r. Nr 30, poz. 160) ogłasza się:

- 1) ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego obwieszczenia,
- 2) zbiór taryf składek za ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, stanowiący załącznik nr 2 do niniejszego obwieszczenia,

zatwierdzone uchwałami nr 22 i 23 Rady Ubezpieczeniowej z dnia 15 grudnia 1989 r.

2. Tracą moc:

- 1) ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków,
- 2) zbiór taryf składek za ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,

stanowiące załączniki nr 1 i 2 do obwieszczenia Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 20 listopada 1985 r. w sprawie ogłoszenia ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków i taryf składek za to ubezpieczenie (Monitor Polski Nr 42, poz. 269, z 1986 r. Nr 33, poz. 248, z 1987 r. Nr 37, poz. 317 oraz z 1988 r. Nr 19, poz. 174 i Nr 34, poz. 315).

3. Ogólne warunki i zbiór taryf, o których mowa w ust. 1, wchodzą w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Państwowego Zakładu Ubezpieczeń: *A. Adamski*

Załącznik nr 1 do obwieszczenia Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 17 stycznia 1990 r. (poz. 53)

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Postanowienia ogólne

§ 1. Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez osoby fizyczne, jednostki gospodarki uspołecznionej i nie uspołecznionej, zwane dalej „ubezpieczającymi”.

§ 2. 1. W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 20 września 1984 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych (Dz. U. Nr 45, poz. 242 oraz z 1989 r. Nr 30, poz. 160).

2. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych warunkach.

§ 3. Ubezpieczenie obejmuje wypadki zarówno w kraju, jak i za granicą, z tym że świadczenia wypłacane są wyłącznie w złotych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4. Przedmiotem ubezpieczenia są trwale następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu lub śmierć ubezpieczonego.

§ 5. Za nieszczęśliwy wypadek objęty ubezpieczeniem uważa się nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

§ 6. Ubezpieczenie obejmuje ponadto odpowiedzialność za zawały serca i udary mózgu.

§ 7. 1. Ubezpieczenie może obejmować zakres pełny lub zakres ograniczony.

2. Zakres pełny obejmuje odpowiedzialność za wypadki, które mogą wydarzyć się podczas określonej w umowie ubezpieczenia pracy zawodowej (nauki), w drodze do pracy (szkoły), z pracy do domu (ze szkoły) oraz w życiu prywatnym.

3. Zakres ograniczony obejmuje odpowiedzialność za wypadki, które mogą wydarzyć się:

- 1) podczas wykonywania pracy zawodowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia oraz w drodze z domu do pracy i z pracy do domu,
- 2) podczas wykonywania pracy zawodowej lub innych czynności określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 8. Z odpowiedzialności PZU wyłączone są choroby zawodowe i wszelkie choroby lub stany chorobowe, które występują nagle poza stanami wymienionymi w § 6, oraz wypadki powstałe:

- 1) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego prawa jazdy, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu,

- 2) podczas prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości,
- 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa,
- 4) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, który ukończył 17 lat,
- 5) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu bądź używania narkotyków,
- 6) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw wypadku,
- 7) na skutek działań wojennych.

Umowa ubezpieczenia. Składka

§ 9. 1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nie oznaczony, na okres roczny lub krótszy, określony w umowie ubezpieczenia.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej lub bezimiennej.

3. Formę bezimienną stosuje się tylko w ubezpieczeniu zbiorowym, pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób, które należą do określonej w umowie grupy osób.

4. Przy umowie ubezpieczenia zawartej na czas nie oznaczony — jeżeli przepis szczególny nie stanowi inaczej — ubezpieczający jest obowiązany podać PZU przed upływem bieżącego rocznego okresu odpowiedzialności PZU liczbę osób zgłaszanych do ubezpieczenia na rok następny.

§ 10. Ubezpieczający może zawrzeć tylko jedną umowę ubezpieczenia jednostkowego na dany okres.

§ 11. 1. Ubezpieczenie dzieci, uczniów i studentów oraz personelu przedszkoli, szkół podstawowych, średnich i wyższych, specjalnych i zakładów opiekuńczych, zwane dalej „ubezpieczeniem młodzieży szkolnej”, jest zawierane zbiorowo — w formie imiennej lub bezimiennej, w zakresie pełnym.

2. Przy zastosowaniu formy bezimiennej dyrekcja szkoły w porozumieniu z komitetem rodzicielskim może zwolnić od zapłaty składki uczniów (studentów lub dzieci) znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej, jednakże nie więcej niż 5%, a w szkołach specjalnych — 10% ogólnej liczby uczniów. Listę osób zwolnionych od zapłaty składki doręcza się PZU.

3. Umowy ubezpieczenia dzieci, młodzieży i personelu na koloniach, wczasach i obozach zawiera się na podany we wniosku okres turnusu kolonijnego, wczasowego lub obozowego łącznie z drogą — w formie imiennej lub bezimiennej.

§ 12. 1. Grupowe ubezpieczenie pracowników w zakładach pracy zawierane jest w zakresie pełnym na czas nie oznaczony przez zakład pracy, który jako ubezpieczający składa wnioski o ubezpieczenie w imieniu pracowników.

2. Pracownicy ubezpieczającego zakładu pracy składają indywidualne deklaracje zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia oraz potrącanie im składek za to ubezpieczenie. Deklaracje te obowiązują na czas nie oznaczony.

3. Ubezpieczający zakład pracy jest obowiązany przysłać do PZU deklaracje zgody wraz z wykazem imiennym, sporządzonym w dwóch egzemplarzach przy comiesięcznym rozliczeniu zainkasowanych składek. Po potwierdzeniu deklaracji i wykazu imiennego PZU zwraca kopię wykazu i deklaracje ubezpieczającemu w celu przechowywania ich jako dowodów ubezpieczenia poszczególnych pracowników.

§ 13. 1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas trwania umowy ubezpieczenia na podstawie obowiązującej taryfy składek.

2. Ubezpieczający jest obowiązany zapłacić składkę ubezpieczeniową:

- 1) przy umowach zawieranych na czas nie oznaczony — za pierwszy okres ubezpieczenia, w ciągu 30 dni od daty doręczenia dokumentu ubezpieczenia (polis), a za następne okresy ubezpieczenia — w ciągu 30 dni od daty wezwania ubezpieczającego do zapłaty składki,
- 2) przy umowach ubezpieczenia zawieranych na okres roczny lub krótszy — jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia.

3. W grupowym ubezpieczeniu pracowników w zakładach pracy pierwsza składka za ubezpieczenie powinna być potrącona z najbliższego wynagrodzenia za pracę lub z innych wypłat albo opłacona przez ubezpieczonego pracownika bezpośrednio w kasie ubezpieczającego zakładu pracy — najpóźniej do końca miesiąca kalendarzowego, w którym podpisana została deklaracja zgody. Następne składki miesięczne powinny być potrącone z góry w kolejnych następujących po sobie miesiącach przez czas trwania ubezpieczenia.

§ 14. Zawarcie umowy ubezpieczenia PZU potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą) lub, w ubezpieczeniu krótkoterminowym, innym dokumentem zawarcia ubezpieczenia i przyjęcia składki ubezpieczeniowej.

Początek i koniec odpowiedzialności PZU

§ 15. Jeżeli niniejsze warunki nie stanowią inaczej, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się:

- 1) w ubezpieczeniach zbiorowych — od dnia następnego po zgłoszeniu wniosku o ubezpieczenie,
- 2) w ubezpieczeniach osób fizycznych — od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki.

§ 16. 1. W ubezpieczeniu młodzieży szkolnej, jeżeli wniosek o ubezpieczenie został złożony w terminie do końca danego roku kalendarzowego, odpowiedzialność PZU w stosunku do osób, które do tego czasu opłaciły składkę — rozpoczyna się od pierwszego dnia roku szkolnego.

2. W razie złożenia wniosku po upływie terminu określonego w ust. 1, odpowiedzialność PZU rozpoczyna się według zasad ogólnych określonych w § 15.

§ 17. W grupowym ubezpieczeniu pracowników w zakładach pracy odpowiedzialność PZU z tytułu ubezpieczenia rozpoczyna się od następnego dnia po:

- 1) podpisaniu przez pracownika deklaracji zgody, jednak nie wcześniej niż od daty początku umowy ubezpieczenia, a po tej dacie — od pierwszego dnia zatrudnienia pracownika przez ubezpieczającego,

2) opłaceniu przez pracownika pierwszej składki, jeżeli nawet do tej daty nie została podpisana deklaracja zgody.

§ 18. 1. Odpowiedzialność PZU kończy się z upływem określonego w dokumencie ubezpieczenia okresu ubezpieczenia, chyba że zawarto ubezpieczenie na czas nie oznaczony.

2. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta na czas nie oznaczony nie zostanie wypowiedziana w terminie 2-miesięcznym przed końcem okresu ubezpieczenia, przyjmuje się, iż została ona przedłużona na następny okres roczny.

3. W ubezpieczeniu osób fizycznych umowę ubezpieczenia uważa się za przedłużoną, jeżeli składka za następny okres ubezpieczenia opłacona zostanie w ciągu 1 miesiąca po upływie dotychczasowego okresu ubezpieczenia. Jednakże za wypadki powstałe do dnia następnego po dniu opłacenia składki, w razie podwyższenia sum ubezpieczenia, PZU ponosi odpowiedzialność na warunkach umowy dotychczasowej.

§ 19. 1. Umowy ubezpieczenia młodzieży szkolnej zawiera się na czas nie oznaczony. Roczny okres odpowiedzialności PZU obejmuje rok szkolny, z włączeniem okresów wakacyjnych.

2. W stosunku do absolwentów szkoły ubezpieczenie jest ważne do dnia rozpoczęcia zawodowej pracy zarobkowej lub powołania do zasadniczej służby wojskowej albo do rozpoczęcia nauki w innej szkole, nie dłużej jednak niż przez 4 miesiące, licząc od końca roku szkolnego.

§ 20. W grupowym ubezpieczeniu pracowników w zakładach pracy odpowiedzialność PZU w stosunku do poszczególnych ubezpieczonych pracowników kończy się:

- 1) z upływem trzech miesięcy, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka:
 - a) w czasie zatrudnienia ubezpieczonego w zakładzie pracy,
 - b) w razie ustania stosunku pracy, jeżeli bezpośrednio przedtem ubezpieczony opłacał składki co najmniej za 12 miesięcy,
- 2) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał stosunek pracy, jeżeli bezpośrednio przedtem ubezpieczony opłacał składki za okres krótszy niż 12 miesięcy,
- 3) w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia — z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- 4) z początkiem odpowiedzialności PZU w innym zakładzie pracy, jeżeli ubezpieczony przed upływem okresu odpowiedzialności, określonym w pkt 1 lit. b), przystąpił do ubezpieczenia w nowym miejscu pracy.

§ 21. 1. Pracownik należący do grupowego ubezpieczenia przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy, w razie przejścia na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, powołania do służby wojskowej na czas jej odbywania oraz przebywania na urlopie wychowawczym, może kontynuować ubezpieczenie indywidualnie.

2. Ubezpieczony może kontynuować ubezpieczenie na warunkach obowiązujących w ostatnim miesiącu, za który opłacił składkę w zakładzie pracy, oraz pod warunkiem, iż złoży wniosek o kontynuowanie ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca, za który opłacono ostatnią składkę w zakładzie pracy.

3. Ubezpieczenie kontynuowane wygasa z upływem 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który opłacona została ostatnia składka.

§ 22. Ubezpieczający jest obowiązany informować pracowników odchodzących z pracy o ich uprawnieniach do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia oraz pośredniczyć w załatwianiu tego ubezpieczenia.

Rodzaje i wysokość świadczeń

§ 23. Ubezpieczonemu przysługują świadczenia według rodzajów i w wysokości wynikającej z zawartej umowy ubezpieczenia.

§ 24. Suma ubezpieczenia na wypadek 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu jest określana przez PZU w uzgodnieniu z ubezpieczającym, jednakże nie może być wyższa niż 20.000.000 zł.

§ 25. 1. Każda umowa ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia podstawowe:

- 1) świadczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, przy czym jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku, PZU wypłaca świadczenie w wysokości pełnej umówionej sumy ubezpieczenia, a w razie częściowego uszczerbku — taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku,
- 2) świadczenie na wypadek śmierci zaistniałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli nastąpiła ona w ciągu 2 lat po wypadku; świadczenie na wypadek śmierci wynosi 50% sumy ubezpieczenia,
- 3) zwrot kosztów nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych do wysokości 10% sumy ubezpieczenia oraz kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów do wysokości 10% sumy ubezpieczenia.

2. Świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się uprawnionemu wyznaczonemu imiennie przez ubezpieczonego. Ubezpieczony może w każdym czasie dokonać zmiany uprawnionego. Jeżeli ubezpieczony nie wyznaczył uprawnionego, świadczenie przysługuje członkowi rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) małżonek,
- 2) dzieci,
- 3) rodzice,
- 4) inni ustawowi spadkobiercy zmarłego.

3. Koszty nabycia protez oraz specjalnych środków ochronnych i pomocniczych oraz koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów podlegają zwrotowi, jeśli są udowodnione i nie mogły być pokryte z ubezpieczenia społecznego oraz pod warunkiem, że zalecenie przez lekarza protez i środków ochronnych lub skierowanie na przeszkolenie nastąpiło:

- 1) przed osiągnięciem wieku 24 lat — jeśli chodzi o ubezpieczonego małoletniego,
- 2) przed upływem 5 lat od daty wypadku — jeśli chodzi o ubezpieczonego pełnoletniego.

4. W razie braku uprawnionego, z przysługującego świadczenia PZU wypłaca w granicach sumy ubezpieczenia w pierwszym rzędzie udowodnione koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego.

§ 26. 1. W ubezpieczeniu jednostkowym do umowy mogą być włączone ponadto za opłatą dodatkowej składki:

- 1) dzienny zasiłek — w razie pełnej niezdolności do pracy wskutek wypadku,
- 2) zwrot kosztów leczenia następstw wypadku.

Zasiłek dzienny może być włączony jedynie do umów ubezpieczenia osób pracujących zawodowo, zawieranych według taryfy I. Dzienny zasiłek nie może przekraczać 1/1000 sumy ubezpieczenia.

2. Zasiłek dzienny przysługuje ubezpieczonemu pod warunkiem całkowitej niezdolności do pracy, stwierdzonej urzędowym zaświadczeniem lekarskim.

3. W zależności od umowy ubezpieczenia, dzienny zasiłek przysługuje od 15 lub 30 dnia po wypadku, ale jeżeli niezdolność do pracy trwała co najmniej 5 tygodni — od następnego dnia po wypadku, nie dłużej jednak niż do końca upływu roku od dnia wypadku.

4. Koszty leczenia ubezpiecza się do wysokości 20% sumy ubezpieczenia.

5. Koszty leczenia następstw wypadku PZU zwraca do umówionej wysokości, jeżeli są udowodnione i powstały w ciągu 2 lat od daty wypadku, chyba że zostały one pokryte z ubezpieczenia społecznego.

§ 27. W ubezpieczeniu młodzieży szkolnej poza świadczeniami podstawowymi umowa obejmuje dla dzieci i młodzieży świadczenia:

- 1) ryczałtowe za niezdolność do nauki za okres:
 - a) powyżej 1 do 2 miesięcy — 1,5% sumy ubezpieczenia,
 - b) powyżej 2 miesięcy — 2% sumy ubezpieczenia,
- 2) koszty leczenia — do wysokości 5% sumy ubezpieczenia.

§ 28. W ubezpieczeniu grupowym w zakładach pracy, poza świadczeniami podstawowymi, umowa obejmuje koszty leczenia do wysokości 5% sumy ubezpieczenia.

§ 29. W ubezpieczeniu uczestników wczasów, wycieczek i innych zawieranych według taryfy II, poza świadczeniami podstawowymi umowa obejmuje jednorazowe świadczenie z tytułu całkowitej lub częściowej niemożności wykorzystania wczasów lub wycieczki spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w wysokości 5% sumy ubezpieczenia.

§ 30. Niezależnie od świadczeń objętych umową, PZU zwraca ubezpieczonemu niezbędne wydatki poniesione na przejazd do wskazanych przez PZU lekarzy i na obserwację kliniczną oraz koszty badań lekarskich wymaganych dla uzasadnienia roszczeń.

§ 31. Jeżeli osoba, która doznała wypadku, była ubezpieczona na podstawie kilku umów ubezpieczenia, świadczenie przysługuje z każdej umowy, jednak świadczenia z tytułu kosztów pogrzebu, kosztów leczenia, protez i środków ochronnych oraz przeszkolenia zawodowego inwalidów nie mogą przekraczać rzeczywistych udowodnionych kosztów.

Postępowanie w razie wypadku

§ 32. W razie wypadku ubezpieczający, ubezpieczony i uprawniony, każdy z nich w zakresie swoich możliwości, są obowiązani:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,

- 2) dostarczyć PZU:
 - a) dokładnie wypełniony formularz zgłoszenia wypadku,
 - b) dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia,
 - c) w razie śmierci ubezpieczonego — dokument urzędu stanu cywilnego (do wglądu) stwierdzający pokrewieństwo lub powinowactwo uprawnionego z ubezpieczonym,
- 3) umożliwić PZU zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności wymienionych w pkt 2, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku,
- 4) poddać się na żądanie PZU badaniu przez lekarzy wskazanych przez PZU lub obserwacji klinicznej.

§ 33. Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony nie wykonał obowiązków wymienionych w § 32, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, PZU może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć, chyba że wypłata świadczenia odpowiadałaby zasadom współzycia społecznego.

Ustalanie świadczeń

§ 34. 1. Rodzaje i wysokość przysługujących świadczeń ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, leczeniem lub niezdolnością do pracy ubezpieczonego.

2. Ustalenie związku przyczynowego, o którym mowa w ust. 1, oraz stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, okresu leczenia i niezdolności do pracy następuje na

podstawie dostarczonych dowodów, określonych w § 32, oraz wyników badań lekarskich.

3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, a w razie dłuższego leczenia — najpóźniej w 24 miesiącu od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

4. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.

5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których 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 (procentem) trwałego uszczerbku właściwym dla stanu danego organu, narządu lub układu po wypadku a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

Wypłata świadczeń

§ 35. 1. PZU jest obowiązany wypłacić świadczenie w ciągu 30 dni od daty wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności PZU lub wysokości świadczenia.

2. W razie niemożności wypłaty świadczenia w terminie określonym w ust. 1, PZU jest obowiązany — jeżeli co do zasady uznaje swoją odpowiedzialność — wypłacić w tym terminie bezsporną część świadczenia, wynikającą z posiadanych dokumentów.

Załącznik nr 2 do obwieszczenia Prezesa Państwowego Zakładu Ubezpieczeń z dnia 17 stycznia 1990 r. (poz. 53)

ZBIÓR TARYF SKŁADEK ZA UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Ogólne zasady ustalania składki

§ 1. 1. Stawki taryfowe, jeżeli nie zaznaczono inaczej, są stawkami za roczny okres ubezpieczenia, ustalonymi w złotych za ubezpieczenie jednej osoby, przy sumie ubezpieczenia zł 1.000 na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu. Składkę właściwą dla sum przewidzianych w umowie ubezpieczenia oblicza się mnożąc stawkę taryfową przez 1/1000 sumy ubezpieczenia.

2. Przy umowach ubezpieczenia zawartych na okres krótszy od roku (ubezpieczenie krótkoterminowe) składkę oblicza się w zależności od umowy według ilości dni lub pełnych miesięcy, przy czym każdy rozpoczęty miesiąc liczy się za pełny.

3. Stawki taryfowe dla ubezpieczeń:

- 1) z zakresem świadczeń nie przewidzianym w niniejszych taryfach,
- 2) obejmujących ryzyka, które normalnie wyłączone są z ubezpieczenia (np. ryzyko wojny, chorób tropikalnych),
- 3) dotyczących ryzyk pozataryfowych, tj. nie wymienionych w taryfach,
- 4) zawieranych na podstawie porozumień ustala PZU na odrębnych zasadach.

4. Stawki taryfowe ustala się w zależności od stopnia ryzyka wynikającego z rodzaju wykonywanego zawodu lub

uprawianej czynnie dyscypliny sportowej, chyba że dana taryfa przyjmuje inną podstawę ustalania stawki.

5. Ustala się 5 klas ryzyka (I—V), do których zalicza się następujące rodzaje zatrudnienia oraz dyscypliny sportowe:

- 1) klasa I:
 - a) osoby pracujące wyłącznie lub przeważnie w biurze, personel nauczycielski i wychowawczy, pisarze, duchowni, osoby nie pracujące zawodowo do lat 75,
 - b) tenis stołowy, kręglarstwo, szachy, wędkarstwo, kulturytyka,
- 2) klasa II:
 - a) pracownicy inżynieryjno-techniczni zatrudnieni przeważnie poza biurem (w pracowniach, laboratoriach, warsztatach, na budowach itp.), pracownicy służby zdrowia, handlu, gazownictwa, przemysłu lekkiego i spożywczego, strażnicy zakładów przemysłowych i handlowych, artyści teatru, opery, baletu, osoby pracujące w rolnictwie,
 - b) tenis, gimnastyka artystyczna, lekkoatletyka (z wyjątkiem skoku o tyczce), pływanie, wioślarstwo, żeglarstwo śródlądowe, piłka wodna i ręczna, siatkówka, łyżwiarstwo figurowe i szybkie, koszykówka, hokej na trawie, kajakerstwo,

- 3) klasa III:
- pracownicy przemysłu drzewnego, energetycznego (z wyjątkiem zatrudnionych przy urządzeniach wysokiego napięcia), leśnictwa (z wyjątkiem zatrudnionych przy zrywce, wyrębie i zwózce drewna), służby weterynaryjnej, służby wewnętrznej Milicji Obywatelskiej, członkowie straży pożarnych, wojskowi zawodowi poza zaliczonymi do klasy IV, rzemieślnicy pracujący przy maszynach z napędem mechanicznym i elektrycznym,
 - łucznictwo, strzelectwo, kolarstwo, żeglarsstwo morskie i lodowe, sport motorowodny, narciarstwo wodne,
- 4) klasa IV:
- pracownicy górnictwa węglowego i kopalnictwa rud oraz soli mineralnych (z wyjątkiem pracujących pod ziemią), budownictwa i przemysłu materiałów budowlanych, żegluga morskiej i śródlądowej, lotnictwa, transportu lądowego i kolejnictwa, przemysłu ciężkiego, chemicznego, energetycznego (zatrudnieni przy urządzeniach wysokiego napięcia), leśnictwa (zatrudnieni przy zrywce, wyrębie i zwózce drewna), wojskowi zawodowi służący w lotnictwie, artylerii i broni pancernej, saperzy, służba zewnętrzna Milicji Obywatelskiej,
 - szermierka, judo, dalekowschodnie sporty walki, gimnastyka sportowa i akrobatyka sportowa, podnoszenie ciężarów i zapasy, hokej na lodzie, piłka nożna, sport spadochronowy i balonowy, sporty lotnicze, skok o tyczce, rugby,
- 5) klasa V:
- pracownicy górnictwa węglowego i kopalnictwa rud oraz soli mineralnych pracujący pod ziemią, osoby zatrudnione przy materiałach wybuchowych, nur-

kowe, oblatywacze samolotów, ujeżdzacze i trenerzy koni wyścigowych, akrobaci, kaskaderzy, promocy dzikich zwierząt,

- boks, bobsleje, saneczkarstwo, sport motorowy, jeździectwo, pletwonurkowanie, alpinizm i taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, narciarstwo.

Uwagi:

- W razie wykonywania przez ubezpieczonego kilku czynności zawodowych lub łączenia czynności zawodowych z czynnym uprawianiem sportu, przyjmuje się do obliczenia składki tę stawkę, która jest najwyższa.
- Stawkę za ubezpieczenie osób nie wymienionych w klasach I—V ustala się według tej klasy, która najbardziej odpowiada czynnościom wykonywanym przez te osoby, tj. czynnościom o takim samym lub podobnym stopniu zagrożenia wypadkowego.

6. Stawkę taryfową zwiększa się:

- o 50% — w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na sumę wyższą niż 6.000.000 zł,
- o 100% — w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na sumę wyższą niż 10.000.000 zł.

7. Składkę z jednej polisy zaokrągla się do pełnych 10 zł (od 5 złotych w górę, poniżej 5 złotych w dół). Składka do pobrania z jednej polisy nie może być niższa niż 1.000 zł (składka minimalna).

8. Prezes PZU może wprowadzić na terenie danego województwa inne stawki niż określone w poszczególnych taryfach, jeżeli zachodzi taka potrzeba ze względów akwizycyjnych lub uwarunkowana jest wynikami ubezpieczenia.

Taryfa I

§ 2. 1. Taryfę I stosuje się do umów ubezpieczenia jednostkowego i zbiorowego osób pracujących i nie pracujących, zawieranych w zakresie pełnym lub ograniczonym.

Zakres ubezpieczenia	Stawki w złotych dla klasy niebezpieczeństwa				
	I	II	III	IV	V
1) wypadki w pracy, w drodze z domu do pracy i z pracy do domu oraz w życiu prywatnym (pełny zakres ubezpieczenia)	2,50	4,50	6,50	7,00	9,00
2) wypadki w pracy oraz w drodze do pracy i z pracy	0,80	2,80	4,80	5,30	7,30
3) wypadki w pracy	0,50	2,50	4,50	5,00	7,00
4) koszty leczenia	0,50	0,90	1,30	1,40	1,80
5) zasiłek dzienny:					
— od 15 dnia po wypadku	2,00	3,60	5,20	5,60	7,20
— od 30 dnia po wypadku	1,80	3,20	4,60	4,90	6,30

2. Dla osób nie pracujących zawodowo w wieku powyżej 75 lat stawka wynosi 3,00 zł.

3. Przy umowach ubezpieczenia zawieranych zbiorowo według taryfy I udziela się obniżki składki w wysokości 20%.

4. Przy umowach ubezpieczenia zbiorowego, obejmujących osoby wykonujące pracę dorywczą, składkę oblicza się od ilości roboczodniówek, bez względu na liczbę godzin przepracowanych w ciągu dnia. Za składkę za jedną roboczodniówkę przyjmuje się 0,5% składki rocznej. Podstawę do obliczenia składki przy umowach ubezpieczenia zbiorowego stanowi liczba osób zatrudnionych w danej jednostce, planowany stan zatrudnienia na dany okres ubezpieczenia lub średni stan zatrudnienia w zależności od umowy.

Taryfa II

§ 3. 1. Taryfę II stosuje się do umów zbiorowego ubezpieczenia uczestników wczasów, wycieczek, podróży i imprez okolicznościowych (złoty, obchody, kiermasze itp.) oraz kuracjuszy w sanatoriach — zawieranych w zakresie pełnym.

2. Stawka od 1.000 zł sumy ubezpieczenia wynosi:

Okres ubezpieczenia nie przekraczający:	Stawka w złotych
3 dni	0,10
7 dni	0,15
15 dni	0,25
30 dni	0,35
60 dni	0,50

Taryfa III

§ 4. 1. Taryfę III stosuje się do umów ubezpieczenia członków klubów, stowarzyszeń sportowych, uczestników imprez i obozów sportowych oraz uczestników zajęć sportowo-rekreacyjnych — zawieranych w zakresie ograniczonym.

2. Według tej taryfy umowa ubezpieczenia może być zawarta tylko przez klub, stowarzyszenie sportowe bądź organizatora imprezy, obozu lub zajęć, jako umowa ubezpieczenia zbiorowego.

3. Stawka za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia wynosi w klasach niebezpieczeństwa:

I	II	III	IV	V
0,15	0,30	0,60	1,00	2,00

Taryfa IV

§ 5. 1. Taryfę stosuje się do umów zbiorowego ubezpieczenia dzieci, młodzieży i personelu w przedszkolach, szkołach i zakładach opiekuńczych, zawieranych w zakresie pełnym. Składka ubezpieczeniowa wynosi 1,75 zł za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia.

2. Składka za ubezpieczenie uczestników kolonii, wczasów i obozów, łącznie z personelem, za 1 turnus do 3 miesięcy wynosi 0,25 zł za każdy 1.000 zł sumy ubezpieczenia.

Taryfa V

§ 6. 1. Taryfę stosuje się do umów grupowego ubezpieczenia pracowników w zakładach pracy, zawieranych w zakresie pełnym.

2. Składka za roczny okres ubezpieczenia od każdego 1.000 zł sumy ubezpieczenia wynosi:

Klasa niebezpieczeństwa				
I	II	III	IV	V
2,20	3,70	4,20	5,70	8,10

W razie kontynuowania ubezpieczenia, składka jest jednolita i wynosi 2,50 zł.

3. Przy ustalaniu składki stosuje się uproszczony system taryfowania, polegający na podziale ubezpieczonych pracowników zakładów pracy na następujące grupy podstawowe:

- 1) administracyjną — ze składką według I klasy niebezpieczeństwa,
- 2) transportową — ze składką według IV klasy niebezpieczeństwa,
- 3) branżową — ze składką według klasy niebezpieczeństwa właściwej dla podstawowej działalności ubezpieczającego zakładu pracy.

4. W razie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia co najmniej 75% ogółu pracowników zakładu pracy, PZU:

- 1) udziela ubezpieczonym pracownikom obniżki składki ubezpieczeniowej w wysokości 10% składki,
- 2) może na życzenie pracowników ustalić składkę jednolitą, odpowiadającą składce średniej ważonej dla wszystkich pracowników.

Taryfa VI

§ 7. 1. Taryfę stosuje się do umów zbiorowego ubezpieczenia osób wykonujących zadania związane z ochroną przeciwpożarową w jednostkach ochrony przeciwpożarowej.

2. Podstawę do ustalenia ogólnej składki za dany okres odpowiedzialności PZU stanowią:

- 1) przy ubezpieczeniu członków terenowych ochotniczych straży pożarnych — liczba tych straży według stanu na dzień początku danego okresu odpowiedzialności PZU,
- 2) przy ubezpieczeniu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia innych niż wymienione w pkt 1 — liczba tych osób według stanu na dzień początku danego okresu odpowiedzialności PZU.

3. Stawka w złotych za roczny (lub krótszy) okres ubezpieczenia od każdego 1.000 zł sumy ubezpieczenia wynosi:

- 1) za każdą terenową ochotniczą straż pożarną oraz członków kobiecych, młodzieżowych drużyn ochotniczych (bez względu na liczbę osób) — 1,00 zł,
- 2) za każdego funkcjonariusza pożarnictwa, słuchacza kursów pożarniczych, osobę powołaną na ćwiczenia pożarnicze oraz junaka odbywającego zasadniczą służbę wojskową — 0,43 zł.

Spóźnione wpłaty na prenumeratę w 1990 r. będą przyjmowane tylko do 30 czerwca br. Egzemplarze zaległe w ramach prenumeraty będą wysyłane z opóźnieniem w stosunku do ich wydania i za przesyłkę będą pobierane dodatkowe opłaty, których wysokość zostanie podana w informacji załączonej do paczki z wydawnictwami. Prenumerata jest realizowana na podstawie przedpłaty. Wpłata powinna być dokonana „przelewem-zamówieniem” lub trzyodcinkowym przekazem na konto Wydziału Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów w Narodowym Banku Polskim, Oddział Okręgowy Warszawa nr 1052-3157-139.11. Druki „przelewów-zamówień” lub przekazów mogą zostać wysłane zainteresowanym po uprzednim zgłoszeniu zapotrzebowania pisemnie lub telefonicznie do Wydziału Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów. Na dowódzie wpłaty należy podać pełną nazwę instytucji (nazwisko i imię) i adres z numerem kodu pocztowego oraz liczbę zamawianych egzemplarzy. Wszelkich informacji o prenumeracie udziela Wydział Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów.

Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw Urzędu Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 00-979 Warszawa, P-1, niezwłocznie po otrzymaniu następnego kolejnego numeru.

Wydawca: Urząd Rady Ministrów

Redakcja: Biuro Prawne, 00-583 Warszawa, Al. Ujazdowskie 1/3, P-29, tel. 694-60-03

Organizacja druku i kolportaż: Wydział Wydawnictw, 00-979 Warszawa, ul. Powsińska 69/71, P-1, tel. 42-14-78 i 694-67-50.

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Zakładach Graficznych „Tamka”, Zakład nr 1, Warszawa, ul. Tamka 3.